

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Larissa Peres

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos  
e enfermeiros

Uberaba

2018

Larissa Peres

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos  
e enfermeiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Uberaba

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

P511a Peres, Larissa  
Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros / Larissa Peres. -- 2018.  
125 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018  
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Atenção primária à saúde. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Avaliação da pesquisa em saúde. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39

Larissa Peres

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia de Assis Simões - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Flavia Aparecida Dias  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ione Carvalho Pinto  
Universidade de São Paulo

Dedico esta pesquisa aos meus pais, Albano e Angela, pelo amor, apoio, incentivo e ensinamentos dedicados durante toda a minha vida. Às minhas irmãs, Fernanda e Gabriela, pelos exemplos de coragem, sabedoria, persistência e acima de tudo pela companhia. E ao Ivan, pelo amor, apoio e por sempre acreditar em meu potencial.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar durante toda esta caminhada e por possibilitar a realização de mais uma etapa em minha vida.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia de Assis Simões, por me orientar de forma excepcional. Sou grata pela dedicação, zelo, paciência, exemplo de profissionalismo e por ter se empenhado em me auxiliar em cada etapa desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas, pela paciência em me ensinar e pelas orientações dadas durante a construção do projeto e finalização desta dissertação.

À minha amiga, Maysa Alvarenga Ferreira, por ter sido presente desde o início, contribuindo na concepção e efetivação desta pesquisa. Obrigada por toda a ajuda e conselhos que recebi e por ter me acolhido em sua residência, ouvindo meus anseios e dúvidas. Seu carinho e dedicação com esse estudo e comigo nunca serão esquecidos.

Aos profissionais entrevistados, obrigada pela compreensão e disposição em auxiliar na concretização deste estudo.

À banca por ter aceitado este convite e, principalmente pelas orientações e contribuições dadas à esta pesquisa.

Aos profissionais do Programa PPGAS-UFTM, pela oportunidade e incentivo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Portanto eu lhes digo: peçam e lhes será dado! Procurem e encontrarão! Batam e abrirão a porta para vocês! Pois, todo aquele de que pede, recebe, quem procura, acha; e a quem bate, a porta será aberta”.

(BÍBLIA, Lucas 11: 9 – 10)

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, configurando o contato inicial da população com os serviços. Esse nível de atenção é considerado estratégia prioritária para a expansão e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e seu conceito foi sistematizado por Starfield, por meio da definição dos atributos essenciais e derivados. Avaliar os serviços ofertados por esse nível de atenção é importante para que sejam viabilizados investimentos na qualidade da saúde, reformulações no gerenciamento dos serviços e ações em saúde mais incisivas e humanizadas. Assim sendo, esse estudo objetivou avaliar a qualidade da atenção primária à saúde, a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária das unidades de saúde e teve como objetivos específicos: caracterizar os profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais; descrever as respostas obtidas em cada um dos itens que compõe cada atributo do instrumento; descrever os escores obtidos em cada atributo, o escore essencial e escore geral de cada unidade de saúde; analisar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos essenciais e derivados da atenção primária, na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros. Foi realizado um estudo quantitativo e transversal, no qual participaram 108 profissionais médicos e enfermeiros. A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2018 e os instrumentos utilizados foram o Primary Care Assessment Tool e um questionário sociodemográfico e profissional. Os dados foram submetidos à análise descritiva, além de teste T para preditores dicotômicos e correlações de Pearson para preditores quantitativos. Para a análise da influência simultânea e independente de preditores sociodemográficos e profissionais sobre cada um dos atributos foi incluída a análise de regressão linear múltipla, por meio do Statistical Package for Social Sciences versão 13. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por meio da Plataforma Brasil, sob o protocolo CAAE: 80264917.4.0000.5154. Na avaliação da qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva dos médicos e enfermeiros foram evidenciadas avaliações baixas (<6,6) quanto à presença e extensão dos atributos, com exceção dos atributos Longitudinalidade e Orientação familiar. O Acesso de primeiro contato-acessibilidade foi o que apresentou a menor média. No

modelo multivariável, as variáveis que apresentaram significância estatística e que estiveram associadas ao baixo escore geral foram: lotação profissional e profissão. Foi possível concluir que há fraca orientação das unidades de saúde para a atenção primária à saúde e baixa qualidade desse nível de atenção. Os resultados desse estudo podem auxiliar as unidades de saúde e os órgãos de administração a criar alternativas para aperfeiçoar a qualidade da atenção primária, bem como, na reflexão sobre a importância da expansão da estratégia saúde da família como modelo hegemônico para o atendimento integral e de qualidade da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação da Pesquisa em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem de Atenção Primária. Médicos de Atenção Primária.

## ABSTRACT

Primary Health Care is the first level of health care, forming the initial contact of the population with health services. This level of care is considered a priority strategy for the expansion and consolidation of the principles and guidelines of the Brazil's Unified Public Health System (SUS) and its concept was systematized by Starfield, through the definition of essential and derivatives attributes. Evaluating the offered services by this Care level is important so that investments in health quality, reformulations in services management and health actions can be made more incisive and humanized. This study aimed to evaluate the quality of primary care, based on the presence and extension of the essential and derived attributes from the primary care units, and had the following specific objectives: to characterize the health professionals, physicians and nurses of the health units, according to sociodemographic and professional variables; to describe the answers obtained in each of the items that make up each attribute of the instrument; to describe the scores obtained in each attribute, the essential score and general score of each health unit; to analyze the sociodemographic and professional variables influence on the essential and derived attributes from primary care from the perspective of physicians and nurses from the health units. A quantitative and cross-sectional study was carried out in which 108 physicians and nurses. Data collection took place between March and June 2018 and the instruments used were the Primary Care Assessment Tool and a sociodemographic and professional questionnaire. Data were submitted to descriptive analysis, as well as a T test for dichotomous predictors and Pearson correlations for quantitative predictors. For the analysis of the simultaneous and independent influence of sociodemographic and professional predictors on each of the attributes, the multiple linear regression analysis was included through the Statistical Package for Social Sciences version 13. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Triângulo Mineiro, through the Brazil Platform, under the protocol CAAE: 80264917.4.0000.5154. In evaluating the quality of primary care from the perspective of physicians and nurses, low evaluations (<6,6) were evidenced regarding the presence and extent of attributes, with the exception of Longitudinality and Family Orientation attributes. Access to first contact-accessibility was the one that presented the lowest average. In the multivariable model, the variables that presented statistical

significance and that were associated with the low general score were: professional stocking and profession. It was possible to conclude that there is a poor orientation of the health units for the primary health care and, consequently, the low quality of this level of Care. The results of this study may help health units and management bodies to create alternatives to improve the primary care quality, as well as reflecting on the importance of expanding the family health strategy as a hegemonic model for integral care and health quality.

Keywords: Primary Health Care. Quality of Health Care. Health Research Evaluation. Family Health Strategy. Primary Care Nursing. Physicians, Primary Care.

## RESUMEN

Atención Primaria de Salud constituye el primer nivel de atención a la salud, configurando el contacto inicial de la población con los servicios. Este nivel de atención es estrategia prioritaria para la expansión y consolidación del Sistema Único de Salud y su concepto fue sistematizado por Starfield, a través de la definición de los atributos esenciales y derivados. Evaluar los servicios ofrecidos por ese nivel de atención es importante para viabilizar inversiones en la calidad de la salud y reformulación en la gestión de los servicios. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de la atención primaria, a partir de la presencia y extensión de los atributos esenciales y derivados en las unidades de salud y tuvo como objetivos específicos: caracterizar a los profesionales médicos y enfermeros de las unidades de salud, según las variables sociodemográficas y profesionales; describir las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems que componen cada atributo del instrumento; describir los scores obtenidos en cada atributo, el score esencial y score general de cada unidad de salud; analizar la influencia de variables sociodemográficas y profesionales sobre los atributos esenciales y derivados de la atención primaria, en la perspectiva de los médicos y enfermeros. Se realizó un estudio cuantitativo y transversal y participaron 108 profesionales médicos y enfermeros. La recopilación de datos ocurrió entre marzo y junio de 2018 y los instrumentos utilizados fueron el *Primary Care Assessment Tool* y un cuestionario sociodemográfico y profesional. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo, además de Test T para predictores dicotómicos y correlaciones de Pearson para predictores cuantitativos. Para el análisis de la influencia simultánea y independiente de los predictores sociodemográficos y profesionales sobre los atributos se incluyó el análisis de regresión lineal múltiple a través del *Statistical Package for Social Sciences* versión 13. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, con el protocolo CAAE: 80264917.4.0000.5154. En la evaluación de la calidad se evidenciaron evaluaciones bajas (< 6,6) en cuanto a la presencia y extensión de los atributos, con la excepción de los atributos Longitudinalidad y Orientación familiar. El acceso de primer contacto-accesibilidad fue el que presentó la menor media. En el modelo multivariable, las variables que presentaron significancia estadística y que estuvieron asociadas al bajo score general fueron: ocupación profesional y profesión. Es

posible concluir que hay una débil orientación de las unidades de salud para la atención primaria y baja calidad de ese nivel de atención. Los resultados de este estudio pueden ayudar a las unidades de salud y los órganos de administración a crear alternativas para perfeccionar la calidad de la atención primaria, así como, en la reflexión sobre la importancia de la estrategia salud de la familia como modelo hegemónico para la atención integral y de calidad de la salud.

Palabras - clave: Atención Primaria de Salud. Calidad de la Atención de Salud. Evaluación de la Investigación en Salud. Estrategia de Salud Familiar. Enfermería de Atención Primaria. Médicos de Atención Primaria.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Abrangência dos serviços de saúde de Uberaba-MG por distritos sanitários.....	28
Quadro 1 -	Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito I e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	29
Quadro 2 -	Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito II e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	29
Quadro 3 -	Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito III e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais médicos e enfermeiros, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais – Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	45
Tabela 2 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	46
Tabela 3 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	47
Tabela 4 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Coordenação – integração dos cuidados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	47
Tabela 5 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Coordenação – sistemas de informação - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	48
Tabela 6 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Integralidade – serviços disponíveis - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	48
Tabela 7 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Integralidade – serviços prestados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	49
Tabela 8 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Orientação familiar - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	49
Tabela 9 -	Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Orientação comunitária - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	50
Tabela 10 -	Escores dos atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos médicos e enfermeiros - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	50
Tabela 11 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	51

Tabela 12 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Longitudinalidade - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	53
Tabela 13 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – integração de cuidados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	54
Tabela 14 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – Sistema de Informação - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	55
Tabela 15 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços disponíveis - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	56
Tabela 16 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços prestados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	58
Tabela 17 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação familiar - Uberaba - MG, Brasil, 2018.....	59
Tabela 18 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação comunitária - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	61
Tabela 19 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore essencial - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	62
Tabela 20 -	Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore geral - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	63
Tabela 21 -	Análise das correlações entre variáveis demográficas e profissionais e escores dos atributos - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	65
Tabela 22 -	Resultado da análise de regressão linear, tendo-se como desfecho os atributos da APS, os escores essencial e geral e as variáveis profissionais - Uberaba-MG, Brasil, 2018.....	66

## LISTA DE SIGLAS

ACE -	Agente de combate a endemias
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AMQ -	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS -	Atenção Primária à Saúde
CE -	Causas externas
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
MG -	Minas Gerais
MS -	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool -	Primary Care Assessment Tool
PMAQ -	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PSF -	Programa Saúde da Família
RAS -	Redes de Atenção à Saúde
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFTM -	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS -	Unidades Matriciais de Saúde
US -	Unidade de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
3.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UBERABA-MG.....	27
3.4	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	31
3.5	PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL.....	35
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
5.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	37
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	37
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
5.3.1	<i>Critérios de inclusão.....</i>	<i>38</i>
5.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	38
5.4.1	<i>Instrumentos.....</i>	<i>39</i>
5.4.2	<i>Variáveis do estudo.....</i>	<i>40</i>
5.4.3	<i>Período da coleta dos dados.....</i>	<i>41</i>
5.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.5.1	<i>Análise dos dados para o alcance do objetivo 1.....</i>	<i>41</i>
5.5.2	<i>Análise dos dados para o alcance do objetivo 2.....</i>	<i>41</i>
5.5.3	<i>Análise dos dados para o alcance do objetivo 3.....</i>	<i>42</i>
5.5.4	<i>Análise dos dados para o alcance do objetivo 4.....</i>	<i>42</i>
5.6	ESTUDO PILOTO.....	42
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	42
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E	

	PROFISSIONAIS.....	44
6.2	RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS REFERENTES A CADA UM DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO.....	46
6.3	ESCORES OBTIDOS EM CADA ATRIBUTO, O ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL DAS US.....	50
6.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS E PROFISSIONAIS SOBRE OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS.....	51
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	68
7.2	RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS REFERENTES A CADA UM DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO.....	69
7.3	ESCORES OBTIDOS EM CADA ATRIBUTO, O ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL DAS US.....	73
7.4	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS E PROFISSIONAIS SOBRE OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS.....	76
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE B - Questionário sociodemográfico e profissional.....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE C- Orientações para a realização das entrevistas.....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE D - Cartão resposta.....</b>	<b>106</b>
	<b>ANEXO A - Autorização da instituição.....</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXO B - PCATool Brasil - profissionais de saúde.....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>125</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção à saúde, configurando, portanto, o contato inicial da população com os serviços. Sustenta-se no princípio da integralidade e corresponde ao atendimento integral, de forma a resolver as necessidades em saúde dos usuários, ofertando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (ALENCAR et al., 2014).

A APS foi fortificada após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata no ano de 1978, e passou a ser entendida como uma das maneiras mais eficientes e equânimes para a organização do sistema de saúde (PAULA et al., 2016). No Brasil, a consolidação da APS ocorreu após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se o eixo estruturante da saúde dos municípios e apresentando-se de diversas formas e concepções, conforme a diversidade cultural, ambiental e territorial do país (CHOMATAS et al., 2013).

Esse nível de atenção é compreendido como uma estratégia primordial para a organização do SUS e, portanto, implica considerá-la elemento estruturante e fundamental para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendidas como o conjunto de instituições e serviços de saúde vinculadas por meio de uma mesma missão, objetivos, com ações cooperativas e interdependentes oferecidas no lugar, tempo e custos adequados, garantindo a qualidade, a segurança, a humanização e equidade do serviço, através de um ciclo de atendimento completo (MENDES, 2015; MENDES, 2011).

A coordenação dos cuidados, a partir da APS, exige que o delineamento dos gastos financeiros, a qualificação dos profissionais e as ações que orientam as instituições pertencentes à RAS sejam realizados segundo as necessidades dos usuários e, uma vez que a APS possui maior aproximação com a população, cabe a ela coordenar esses serviços para que o cuidado oferecido pelos distintos profissionais seja personalizado e individual, de maneira a ofertar o atendimento integral à saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014; CHUEIRI, 2013).

O Ministério da Saúde (MS), visando reforçar a APS como o primeiro nível de atenção à saúde, adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como iniciativa para a reorientação do modelo assistencial, cuja centralidade das ações passou a ser as famílias, o ambiente em que as mesmas estão inseridas e os fatores

biopsicossociais que influenciam no contexto de saúde e doença (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A equipe que compõe a ESF é multiprofissional e é composta no mínimo por médico e enfermeiro que de preferência tenham respectivamente especialidade em medicina da família e comunidade e especialidade em saúde da família, além de auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentados no quadro de funcionários o agente de combate a endemias (ACE), o cirurgião dentista, preferencialmente com especialidade em saúde da família e o auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2017).

A conformação das equipes de saúde conforme a lógica da ESF resultou em melhora nos indicadores de saúde do Brasil, assim como na diminuição do número de morbimortalidades e internações desnecessárias (VICTORA et al., 2011). E a atenção prestada por essa estratégia é considerada a melhor forma de organizar os serviços de saúde, corroborando com as fortes evidências entre a associação da maior efetividade dos serviços com o maior grau de orientação à APS (CASTRO et al., 2012).

Dessa forma, torna-se imprescindível avaliar os serviços ofertados por esse nível de atenção para que sejam viabilizados investimentos na qualidade da saúde, reformulações no gerenciamento dos serviços e ações em saúde mais incisivas e humanizadas (LIMA et al., 2016).

Segundo Donabedian (1980), a avaliação constitui uma ferramenta contínua para o controle da qualidade, a fim de identificar desajustes e imediatamente corrigi-los, almejando o aperfeiçoamento dos serviços. Contandriopoulos (2011) complementa que através da avaliação é possível sensibilizar recursos e pessoas para o aperfeiçoamento nas tomadas de decisão e que esse não é um processo que consiste apenas na emissão de informações, mas corresponde à transmissão de um julgamento que influenciará diretamente nas intervenções de melhoria do serviço.

Nesta perspectiva, a avaliação em saúde é um recurso utilizado para verificar se os objetivos traçados estão ou não sendo atendidos, a fim de investigar se os resultados encontrados estão provocando mudanças no cenário avaliado (BANDEIRA et al., 2016). E considerando a definição de APS proposta por Starfield, por meio da conceituação dos atributos essenciais e derivados, torna-se indispensável a avaliação dos serviços desse nível de atenção para que estratégias

sejam lançadas, a fim de verificar a qualidade dos serviços e o grau de orientação à APS (MAYER et al., 2015; STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), um serviço de atenção básica pode ser apontado como fornecedor da APS quando apresenta os quatro atributos essenciais, que são exclusivos a esse tipo de atenção à saúde e incluem o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, acrescidos dos três atributos derivados que qualificam o serviço, sendo eles: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Autores enfatizam que as unidades de saúde (US) com maior compromisso para com os atributos da APS ofertam um serviço de mais qualidade, equânime e conseqüentemente apresentam redução de custos (MACINKO; HARZHEIM, 2007; HARZHEIM et al., 2004).

Alicerçados no conceito de APS segundo a definição dos atributos, Starfield e colaboradores elaboraram o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) em três versões, aplicáveis aos usuários dos serviços de saúde crianças e adultos e aos profissionais de saúde. Com o objetivo de avaliar a qualidade da APS, através da mensuração da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, escores são obtidos em cada uma das dimensões avaliadas, resultando na análise do grau de orientação do serviço à APS e quanto maior o grau de orientação, maior é a qualidade da atenção primária (HAUSER et al., 2013).

O PCATool quando comparado a outros instrumentos que avaliam a APS tem se mostrado mais adequado, pois mensura os serviços de saúde focalizados na família, aproximando-se ao que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza, como demonstra o estudo de revisão de Fracoli et al. (2014).

Diante desse contexto, ressalta-se a importância de incluir os profissionais no processo de avaliação dos serviços de saúde, para que possam avaliar conforme as próprias percepções, a atenção à saúde ofertada pela APS, visto que são eles os que mais conhecem a realidade e as necessidades do serviço, bem como as dificuldades para a adequada prestação do cuidado segundo os princípios e diretrizes que regem o SUS (SERAPIONI, 2009; WEILLER, 2008).

Em face do exposto, emergiu o seguinte problema de pesquisa: As US do município de Uberaba-MG oferecem um serviço de qualidade quando avaliadas a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros?

## 2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a APS é considerada estratégia primordial para o desenvolvimento e consolidação do SUS, e imprescindível na coordenação e para o adequado funcionamento das RAS, torna-se indispensável avaliar os resultados produzidos por esse nível de atenção, considerando a sua organização e a assistência ofertada à população.

Publicações científicas decorrentes de pesquisas de avaliação da APS, por meio da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados, evidenciam locais em que US apresentam elevado grau de orientação à APS, mas, de maneira geral, apontam para serviços primários com baixo escore na avaliação da qualidade, principalmente nas dimensões que avaliam os escores essenciais da APS. Ademais, no que diz respeito à avaliação da APS em US com a ESF e US tradicionais, os estudos demonstram que as primeiras têm apresentado melhores escores (PENSO et al., 2017; BATISTA et al., 2016; MARTINS et al., 2016; MARINHO et al., 2015; TURCI et al., 2015; SILVA et al., 2014; CHOMATAS et al., 2013; CASTRO et al., 2012).

Em Uberaba-MG, a rede de APS é composta por US heterogêneas e no mesmo ambiente de trabalho podem ser encontrados tanto profissionais vinculados à ESF quanto aqueles que não são. Esse fato despertou o interesse em conhecer melhor como funcionam estes serviços, além de avaliar a qualidade dos mesmos.

O interesse por esse estudo também resulta da convicção das pesquisadoras de que a avaliação dos serviços de saúde é um importante instrumento de gestão.

Nessa perspectiva, justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de produzir conhecimentos que possam atualizar e aprofundar a literatura científica acerca da qualidade dos serviços de saúde, a partir do monitoramento do grau de orientação à APS das US de Uberaba-MG.

As contribuições que a pesquisa poderá trazer será no sentido de preencher uma necessidade de informação para a gestão da APS do município, de proporcionar subsídios para melhorias na qualidade do serviço, baseadas em evidências científicas, além de oferecer informações importantes sobre estrutura e processos que poderão contribuir na implantação de novas estratégias para o fortalecimento da APS e aperfeiçoamento da oferta dos serviços.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se o referencial teórico que fundamentou a pesquisa.

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A reforma de saúde no Brasil começou a ganhar destaque na década de 1970, momento marcado pelas lutas sociais de distintos setores da sociedade em prol da redemocratização do país e da reestruturação da saúde, abordada até então como uma questão apenas biológica a ser sanada por profissionais médicos e não como uma questão social e política (PÊGO; ALMEIDA, 2002; BIRMAN, 1991). No entanto, o grande marco na saúde ocorreu no ano de 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde o conceito de saúde foi consentido como um direito a todos os cidadãos e foram traçados os fundamentos do SUS, que posteriormente contribuíram para a sua consolidação (PAIM et al., 2011).

Em 1988, a Constituição Federal foi proclamada e os fundamentos constituintes do SUS foram reformulados e incorporados na lei (BRASIL, 1988). A regulamentação do novo sistema de saúde ocorreu mediante a promulgação da Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90 que regulamentou as ações de saúde no território nacional e a Lei n. 8.142/90 que afirmou a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Neste cenário, a Lei Orgânica de saúde definiu além da organização do SUS, o papel de cada instância Federal, Estadual e Municipal no processo de saúde, os modos de financiamentos, negociações e prestação de serviços, os princípios que são pautados na universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes alicerçadas na descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (FLEURY; OUVÉNEY, 2012; MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Nesta conjuntura, a fim de garantir os princípios e diretrizes propostos, no final da década de 1990, o sistema de saúde do SUS foi organizado em RAS, definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a). Mendes (2011) considera nesse processo, a APS coordenadora da rede e o elo

entre os demais serviços. O autor complementa que as instituições de saúde pertencentes à RAS possuem a mesma missão, objetivos e ações em saúde interdependentes e a finalidade é de ofertar a população uma atenção à saúde de forma integral e contínua.

As RAS foram descritas pela primeira vez através do Relatório Dawson em 1920 e o documento apresentou recomendações para a promoção da medicina curativa e preventiva. Para o alcance dessas mudanças, foi proposta uma nova organização do sistema de saúde de forma que cada território representasse um centro de atendimento em saúde. Nesse processo, o centro primário foi projetado como o núcleo do sistema, responsável pela coordenação uniforme e integrada dos serviços, a fim de atender os indivíduos de forma total (DAWSON, 1920).

Dessa forma, o relatório Dawson incorporou a territorialização no sistema de saúde, evidenciou a importância da articulação entre a saúde individual e a saúde pública, suscitou os conceitos de níveis de atenção, referência dos pacientes e “porta de entrada” pela atenção primária (DAWSON, 1920).

Os debates a respeito da reestruturação dos sistemas de saúde continuaram durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978, em Alma-Ata, na qual foi discutida a importância dos governos em trabalharem com empenho, a fim de promover e proteger a saúde de todos os povos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978). Durante a reunião foi lançada uma meta a todos os governos, para que até o ano 2000 todos os países atingissem um nível de saúde favorável a uma vida social e economicamente produtiva e os cuidados primários de saúde seria a ferramenta fundamental para alcançar esse objetivo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978).

No entanto, as discussões sobre a integração dos sistemas de saúde retomaram com mais vigor na década de 90 com os Estados Unidos. Os debates evidenciaram a importância em superar a fragmentação do sistema de saúde e a supremacia do setor privado, a fim de integrar os serviços de saúde e de informação com vistas a oferecer um cuidado contínuo a uma população específica de um determinado território e esses cuidados seriam prestados pela APS (SHORTELL et al., 1993).

A concepção de reestruturação dos sistemas de saúde conforme as RAS já foram implantadas em diversos países tais como, Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda, ainda sim, na América Latina, a

concepção das RAS é incipiente, com destaque para o Chile, país com maior experiência na área (KUSCHNIR et al., 2010; MENDES, 2001).

No Brasil, as discussões a respeito da reestruturação e regionalização do sistema de saúde segundo a ótica das redes de atenção fortaleceu a partir da Constituição de 1988, no entanto devido ao cenário político e econômico conturbado na década de 90, os serviços de saúde privilegiaram a expansão das bases municipais e ações em saúde descentralizadas e no início da década de 2000, as discussões em saúde convergiram para que as ações em saúde acontecessem de maneira regionalizada visando atender a população integralmente, como proposto pelo SUS (OUVERNEY; NORONHA, 2013). A incorporação do ideário da RAS no SUS foi oficializada a partir do estabelecimento das diretrizes pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Assim como a RAS, a ideia de APS foi descrita pela primeira vez no Relatório Dawson e influenciou a forma de organização dos sistemas de saúde de diversos países, uma vez que evidenciou duas características básicas necessárias a atenção primária, sendo a primeira a regionalização visando a ordenação dos serviços de saúde de forma a atender as demandas específicas da população adscrita e a integralidade representada pela união entre as ações em saúde preventivas e curativas (MATTA; MOROSINI, 2009).

A reorientação dos sistemas de saúde para a APS é resultado dos ideários da medicina preventiva que suscitaram a importância da abordagem integral dos indivíduos, levando-se em consideração para o processo saúde-doença o ambiente sociocultural e familiar em que estão inseridos (MATTA; MOROSINI, 2009). Além disso, o fortalecimento da APS é consequência das dificuldades financeiras de instituições de saúde, advindos dos custos exacerbados nos tratamentos e recuperações clínicas, bem como o uso indiscriminado de materiais e equipamentos combinados com a baixa resolutividade dos casos (MATTA; MOROSINI, 2009).

No Brasil, a consolidação da APS foi reflexo das necessidades de fortalecimento dos princípios do SUS, e por isso, o MS se fundamentou nas experiências positivas de reestruturação do sistema de saúde que outros países tais como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba obtiveram e todos esses países

organizaram seus sistemas de saúde orientados para a APS, visando a atenção integral das populações e o acesso universal à saúde (OLIVEIRA et al., 2007).

A importância da APS assim como os princípios que a compõe foram descritos na declaração de Alma-Ata (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978) e a APS foi definida como:

... cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978, Artigo VI).

Na prática social, a APS assume distintas interpretações que são: decorrentes da forma como o conceito evoluiu, da ambiguidade na definição e no uso diferenciado do termo por escolas do pensamento sanitário e, segundo Mendes (2012), a primeira interpretação corresponde a ideia da APS como modelo de atenção seletivo, cujo atendimento é voltado as populações carentes e realizado por profissionais de baixa qualificação, bem como materiais e equipamentos de baixo custo. O autor complementa afirmando que a segunda interpretação se trata da APS como nível primário do sistema de saúde correspondendo a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, sendo o cuidado oferecido por profissionais especializados a atender as demandas específicas. E a terceira interpretação diz respeito a APS como estratégia para a organização dos serviços de saúde e coordenação das RAS (MENDES, 2012).

A terceira interpretação é considerada a mais adequada, uma vez que é abrangente e contempla dentro da sua definição as outras duas (MENDES, 2012). Ademais, conceber a APS como estratégia de organização dos serviços de saúde vai ao encontro com a proposta das RAS, o qual a considera um novo modelo estratégico que se contrapõe ao sistema de saúde curativista e hospitalocêntrico e a mesma vêm sendo adotada por diversos países com o intuito de proporcionar à população o cuidado integral e o acesso universal à saúde (MATTA; MOROSINI, 2009). Esse modelo de atenção é a porta de entrada do usuário no SUS e é o centro

comunicador e coordenador das RAS cuja responsabilidade é de integrar os demais níveis de atenção e pontos de apoio, além de coordenar os fluxos e contra fluxos de atendimentos, produtos e informações (BRASIL, 2012a).

Para o fortalecimento da APS no Brasil, desde a década de 1990 o governo tem investido em novas estratégias para a organização do sistema de saúde e nesse contexto, destaca-se a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 (RAMOS, 2011; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Ambos os programas eram iniciativas das quais tinham como objetivo estimular os municípios a criarem alternativas para a organização dos serviços de saúde, principalmente em locais com a ausência ou precariedade do sistema de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). Além disso, a criação do PACS foi uma ação do governo federal para reduzir os índices de morbimortalidade infantil e de outras endemias, principalmente na região Nordeste e posteriormente na região Norte, contudo, o PSF se tornou uma continuação ampliada do PACS e sua implantação e ações eram focalizadas nas áreas de vulnerabilidade social (DAL POZ; VIANA, 1998).

O PSF apresentou um crescimento significativo em pequenas cidades e posteriormente, o programa foi ampliado e passou a ser denominado ESF, com o objetivo de reorientar os serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). Em 2006, foi aprovada a primeira versão da PNAB redefinindo as ações e serviços no nível primário de atenção, as responsabilidades dos estados, municípios e união frente a APS, atribuições dos profissionais, regras de financiamentos, dentre outras especificações (BRASIL, 2006).

No ano de 2008, com a finalidade de aumentar a resolutividade da ESF e sua abrangência, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atua em conjunto com a ESF e é constituído por profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2008).

Apesar das diversas iniciativas, a APS se desenvolveu de forma heterogênea nos diversos municípios brasileiros, e por isso, é recorrente encontrar locais que seguem o modelo de ESF focalizado pelo governo federal, como também os formatos de APS segundo o modelo tradicional (BRASIL, 2012a).

Considerar a APS como estratégia prioritária para a expansão e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS é constatado em literatura científica e as evidências comprovam que a atenção primária supri as necessidades de saúde de 85% da população, devido a oferta de serviços preventivos, curativos, de reabilitação e de promoção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Outro estudo evidenciou que os sistemas de saúde orientados para a APS oportunizam maior acesso e qualidade nos serviços, ações focalizadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, gestão de problemas, além de redução de gastos desnecessários com os demais níveis de atenção (MACINKO et al., 2003).

Uma revisão sistemática realizada pelo *Health Council of the Netherlands* constatou a existência de uma relação forte entre os sistemas de saúde orientados para a APS e os melhores níveis de saúde (GEZONDHEIDSRAAD, 2004). Outra revisão sistemática analisou 85 estudos na Europa e concluiu que a APS é um sistema multidimensional cuja característica contribui para o melhor desempenho do sistema de saúde (KRINGOS et al., 2010).

### 3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UBERABA-MG

No município de Uberaba, localizado no estado de Minas Gerais (MG), a APS consiste como o primeiro nível de atenção à saúde e, portanto, é a porta de entrada para o usuário no sistema de saúde, sendo responsável pelos atendimentos individuais de demanda programada e de demanda espontânea, e pelos atendimentos em grupos, visitas domiciliares e ações de educação em saúde (UBERABA, 2014).

A rede de APS do município conta com profissionais lotados nas ESF, estruturadas segundo o modelo preconizado pelo MS, além de profissionais médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos), enfermeiros e técnicos de enfermagem que oferecem um suporte às ESF, prestando o atendimento básico para além da população adscrita e são conhecidos como profissionais de rede (UBERABA, 2014).

Atualmente o município conta uma Unidade Básica de Saúde (UBS), 18 Unidades de Saúde da Família (USF), nove Unidades Matriciais de Saúde (UMS). Cada um desses serviços possui uma

característica de atendimento ao usuário e, portanto, torna-se fundamental elucidar suas diferenças.

Na UBS as equipes são compostas por médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico, além de médicos de diversas especialidades. Neste tipo de serviço não há adscrição de clientela e a delimitação da área de abrangência se refere às ações de vigilância à saúde (UBERABA, 2014).

As USF do município são consideradas unidades funcionais, compostas em sua grande maioria por profissionais vinculados a ESF e profissionais médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros e técnicos de enfermagem da rede, nome dado àqueles que não são vinculados a ESF. Esse tipo de serviço oferta cuidados de saúde primários personalizados e flexíveis, conectados com outros serviços de saúde pertencentes a RAS (UBERABA, 2014).

As UMS são locais que oferecem atendimentos nas áreas de ginecologia, pediatria, clínica geral, odontologia, psicologia, assistência social, fisioterapia, além de agendamento de consultas e exames. Esse tipo de serviço atua em sintonia com as USF, a fim de complementar as ações desempenhadas pelos demais serviços (UBERABA, 2014).

E com o objetivo de delimitação do território, organização dos serviços de atenção à saúde e facilidade na implantação de novos métodos e modelos de saúde, o município de Uberaba foi dividido em três distritos como evidenciado na Figura 1.

Figura 1 - Abrangência dos serviços de saúde de Uberaba-MG por distritos sanitários.



Fonte: Uberaba-MG (2014)

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito I e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

DISTRITO I							
UNIDADE	ESF			REDE			
	EQUIPE	MÉDICO	ENFERMEIRO	PEDIATRA	G.O	CLÍNICO	ENFERMEIRO
UMS Álvaro Guarita	Chica Ferreira	1	1	1	0	0	0
	Gameleira	0	1				
	Valim de Melo	1	1				
USF Edison R Lopes	São Cristóvão	0	1	0	0	1	0
USF Julieta	R.dos Bandeirantes	1	1	1	0	1	0
USF Virlanea	Maracana	1	1				0
UMS Maria Teresa	Maringa	1	1	1	1	0	0
	B.de Lourdes	0	0				
	Manhatan	1	1				
USF Rosa Maria	Costa Teles I	1	1	1	0	1	0
	Costa Teles II	1	0				
	Gameleira II	0	1				
USF Residencial 2000	2000 I	1	1	1	1	0	0
	2000 II	1	1				
USF Dona Aparecida	Leblon	1	1	1	1	1	1
	Pq. Sao Geraldo	0	1				
	Abadia II	1	0				
UMS N.Sra. da Abadia	São Vicente	0	1	0	0	0	1
	N.Sra. Aparecida	1	1				
	Olhos d'agua	1	1				
USF Francisco/ Nana	P.Alta/ Peiropolis	1	1	0	0	0	0
TOTAL		15	18	6	3	4	2

Fonte: Uberaba-MG (2018)

Quadro 2 - Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito II e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)

DISTRITO II							
UNIDADE	PSF			REDE			
	EQUIPE	MÉDICO	ENFERMEIRO	PEDIATRA	G.O	CLINICO	ENFERMEIRO
UMS Roberto A Abdanur	Tutunas	1	0	1	0	1	1
	Jardim Uberaba	1	1				

Quadro 2 - Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito II e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)

DISTRITO II							
UNIDADE	ESF			REDE			
	EQUIPE	MÉDICO	ENFERMEIRO	PEDIATRA	G.O	CLINICO	ENFERMEIRO
UBS Juca Inácio				1	1	0	2
UMS Luis Meneghello	Planalto	1	0	1	1	1	1
	Volta Grande	1	1				
USF Lecir Nunes	Parque das Americas I	1	1	0	0	1	0
	Parque das Americas II	1	0				
USF Sebastiao Lima	Capelinha/Baixa	1	1	0	0	0	0
UMS George Chirre	Alfredo Freire I	1	1	0	0	0	1
	Alfredo Freire II	1	0				
USF Beija Flor	Beija Flor	1	1	1	1	0	0
USF Romes Cecilio	Morumbi	1	1	0	0	0	0
	Pacaembu	0	0				
USF Fausto/Eduardo	Borgico/Calcario	0	1	0	0	0	0
USF Copacabana	Copacabana	1	1	0	0	0	0
TOTAL		12	9	4	3	3	5

Fonte: Uberaba-MG (2018)

Quadro 3 - Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito III e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)

DISTRITO III							
UNIDADE	PSF			REDE			
	EQUIPE	MEDICO	ENFERMEIRO	PEDIATRA	G.O	CLINICO	ENFERMEIRO
UMS Aluizio Prata	Elza Amui	1	1	1	1	1	1
	Antonia Candida	1	0				
	Cidade Nova	0	0				
USF Maria de Oliveira	Primavera	0	1	0	0	0	0
	Uberaba I	1	0				
USF Jacob Pinto	Amoroso Costa	1	0	0	0	0	0
	Cassio Resende	1	1				
UMS Ezio de Martino	Jardim Indianopolis	1	1	1	0	0	2
	Boa Vista	1	1				
USF Inimá Baroni	Jardim Triângulo	1	1	0	0	0	0

Quadro 3 - Distribuição das Unidades de Saúde do Distrito III e o quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros lotados na ESF e na Rede – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)

DISTRITO III							
UNIDADE	ESF			REDE			
	EQUIPE	MEDICO	ENFERMEIRO	PEDIATRA	G.O	CLINICO	ENFERMEIRO
USF Norberto	Vila Arquelau	1	1	0	0	0	1
	Morada do Sol	1	0				
UMS Valdemar Jr.	Espirito Santo	1	0	2	0	2	1
	Fabricio	0	1				
	Santa Terezinha	1	1				
USF Palmira	Santa Rosa	1	1	0	0	0	0
TOTAL		13	10	4	1	3	5

Fonte: Uberaba-MG (2018)

### 3.4 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação é uma atividade que perpassa os primórdios da civilização, mas a sua utilização para avaliar programas públicos esteve em voga após a Segunda Guerra Mundial em razão da necessidade do Estado em tornar eficaz a alocação dos seus recursos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). No Brasil, o uso da avaliação nas etapas de planejamento, implantação e monitoramento dos serviços ainda é incipiente (GASPARINI; FURTADO, 2014). No entanto, é crescente o interesse de pesquisadores acadêmicos e profissionais pela temática em decorrência do processo de estruturação do sistema de saúde após a Constituição de 1988 (JANNUZZI, 2014).

A avaliação tem assumido diferentes conceitos que coexistem segundo o interesse prático (UCHIMURA; BOSI, 2002). Na ótica de Contandriopoulos (1997), avaliar trata-se em atribuir valor a algo com o intuito de auxiliar nas tomadas de decisão e Jannuzzi (2013) complementa o conceito na perspectiva da avaliação dos programas como sendo:

... uma investigação técnica fundamentada nas diferentes estratégias metodológicas da Pesquisa Social para produzir informação e conhecimento para seu desenho *ex-ante*, implementação e validação *ex-post*, com a finalidade de garantir o cumprimento dos objetivos do programa. Não é apenas uma investigação com métodos validados cientificamente para analisar diferentes aspectos de um programa – o que se constituiria em uma investigação de cunho acadêmico –, mas uma análise pragmática de características essenciais do contexto, públicos-alvo, desenho, implementação, custos de operação, resultados de curto prazo, impactos

sociais e de mais longo prazo de um programa, enfim, insumos acerca do programa que contribuam para seu aperfeiçoamento e a consecução de seus objetivos. (JANNUZZI, 2013, p. 14).

Tratando-se da avaliação dos serviços de saúde, é imprescindível destacar as contribuições de Avedis Donabedian nessa temática. O autor considera primordial nesse processo a “Teoria da Qualidade em Saúde” e os conceitos de estrutura, processos e resultados para o alcance da qualidade dos serviços. A estrutura segundo Donabedian diz respeito a estrutura física em que ocorre a assistência, os processos correspondem a maneira como são executados os processos de trabalho pelos funcionários da instituição e os resultados da assistência à saúde não são muito palpáveis, são demasiadamente subjetivos, tornando sua avaliação uma atividade complexa (DONABEDIAN, 1980).

A partir do referencial traçado por Donabedian, Starfield (2002) sistematizou o conceito da APS, por meio da definição dos atributos essenciais e derivados da atenção primária. Segundo a autora, avaliar a qualidade dos serviços oferecidos por esse nível de atenção à saúde pressupõe a análise dos quatro atributos essenciais da APS incluindo o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, assim como dos três atributos derivados correspondendo a orientação familiar, comunitária e a competência cultural.

a) O acesso de primeiro contato implica a procura do usuário pela APS como o primeiro recurso para a resolução de algum problema ou necessidade de saúde, correspondendo a porta de entrada dos serviços e com a avaliação desse atributo, é possível identificar os entraves para um atendimento acessível e resolutivo à população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

b) A longitudinalidade, refere-se a prestação da atenção à saúde de forma continuada, posto que o usuário tenha acesso aos serviços no decorrer do tempo e a presença desse atributo propicia uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e os usuários, tornando a prestação dos serviços precisos e condizentes com as realidades socioculturais que permeiam os indivíduos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BARATIERI; MARCON, 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

c) A integralidade é a capacidade das unidades inseridas na APS em oferecer um atendimento integral, com o intuito de sanar as diversas necessidades de saúde dos indivíduos ou quando necessário, encaminhando-os para os demais

níveis de atenção, sejam eles: nível secundário, terciário ou serviços de suporte (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

d) Coordenação representa a integração do cuidado, por meio da articulação entre os serviços de saúde de maneira que seja ofertada a população diversos serviços que consigam atender as necessidades de saúde, além disso, esse atributo é fundamental para uma oferta em saúde abrangente e sincronizada evitando a ocorrência de atendimentos e medicalização desnecessários, além de necessidades em saúde não atendidas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

E os atributos derivados que qualificam os serviços da APS incluem:

e) A orientação familiar que se refere ao conhecimento da APS em relação às necessidades de saúde dos indivíduos inseridos em um contexto familiar, a fim de identificar a capacidade dos mesmos para o cuidado e os fatores que possam ameaçar a própria saúde (STARFIELD, 2002).

f) A orientação comunitária que se refere ao conhecimento da APS em relação às necessidades em saúde da comunidade, através do levantamento de dados epidemiológicos e o contato direto com a população e é esse atributo que auxilia na orientação de ações em saúde, já que permite o planejamento e avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2002).

g) A competência cultural que diz respeito ao relacionamento da APS para com as subpopulações, valorizando as crenças, valores e a própria cultura dos indivíduos (STARFIELD, 2002).

A sistematização do conceito da APS em atributos permite identificar o grau de orientação das US para a atenção primária, além de possibilitar a comparação entre os diferentes serviços com a presença e extensão dos atributos e a qualidade na APS e a associação dos atributos com desfechos em saúde (HARZHEIM et al., 2013).

Dessa forma, é considerado um serviço de saúde orientado para a APS, quando os mesmos cumprem com os atributos essenciais únicos para esse nível de atenção, e quando os serviços em saúde e ações são qualificados pela presença e extensão dos atributos derivados (HAUSER et al., 2013).

A avaliação de cada atributo pode ocorrer em conjunto ou separadamente, no entanto é necessário ressaltar que todos os atributos estão intimamente relacionados, pois para o sucesso de um é indispensável a boa atuação de outro atributo (BRASIL, 2010b). E segundo Mendes (2015), a avaliação da qualidade dos

serviços ofertados pela APS, depende de cada um dos atributos, considerando-os em sua totalidade e a ausência de um ou mais atributos está relacionada a heterogeneidade da qualidade do serviço.

A orientação da avaliação da APS, por meio dos atributos, contribui para a criação de estratégias para melhoria dos serviços de saúde e funciona como instrumento para investigação dos serviços conforme a lógica da APS (STARFIELD, 2002). Segundo Viana (2012), avaliar esse nível de atenção e conseqüentemente o desempenho da ESF deve ser uma constante a nível nacional, regional e local, a fim de auxiliar em reformulações dos serviços de saúde compatíveis com a legislação do SUS.

Dessa forma, é imprescindível a utilização de ferramentas para avaliar a APS e conseqüentemente subsidiar nas tomadas de decisão, gestão e planejamento das ações objetivando a qualidade da saúde ofertada (HAUSER et al., 2013; FIGUEIREDO, 2011).

Uma iniciativa recente do MS para o fortalecimento da APS e melhoria da qualidade dos seus serviços é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que foi criado com o intuito de instituir uma cultura de avaliação da APS no SUS e é organizado em quatro fases compreendendo a auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012b).

Na literatura nacional é encontrado o instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), criado pelo MS para avaliar a ESF e é composto por formulários destinados a gestores, a coordenação municipal e aos profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2007). No entanto, esse instrumento não é validado e não capta a experiência dos usuários sobre o serviço (FIGUEIREDO, 2011).

Nesta perspectiva, foi realizada uma revisão de literatura e metassíntese por Fracolli et al. (2014), a fim de verificar qual instrumento de coleta de dados é o mais adequado na avaliação da APS e o PCATool foi selecionado, pois considera todos os aspectos prioritários para a APS representados pelos atributos essenciais, além de englobar em sua avaliação a atenção centrada na família, na comunidade e os aspectos culturais que permeiam as subpopulações atendidas, que seriam respectivamente os atributos orientação familiar, orientação comunitária e

competência cultural, que são itens indicados pela PNAB para expansão e consolidação da ESF.

Outro estudo também evidenciou o PCATool como o instrumento mais completo para avaliar a APS e mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados, em razão do mesmo possibilitar a avaliação da estrutura e dos processos de trabalho do serviço (MALOUIN et al., 2009). Além disso, esse instrumento é o que permite uma avaliação mais próxima da ESF e, por isso, é recomendada a sua utilização pelo MS para avaliar os serviços prestados pela APS (FRACOLLI et al., 2014; BRASIL, 2010b).

### 3.5 PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

O instrumento foi elaborado com base nos critérios de avaliação da qualidade dos serviços de saúde propostos por Donabedian que envolve a “Teoria da Qualidade em Saúde” e os conceitos de estrutura, processo e resultados e apresenta-se disponível nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; SHI et al., 2001).

O instrumento encontra-se traduzido e validado em diversos países tais como: Espanha, Canadá, Coréia do Sul, Hong Kong e Argentina (HAUSER et al., 2013). No Brasil estão presentes as versões traduzidas e validadas do PCATool para usuários crianças e adultos dos serviços de saúde (HARZHEIM et al., 2006a; HARZHEIM et al., 2006b). Para os profissionais de saúde é recorrente encontrar na literatura trabalhos que utilizaram a versão como espelho da versão validada para os usuários adultos, ou seja, foram utilizados para aplicação do instrumento com os profissionais, itens presentes na versão validada dos usuários adultos, acrescida de itens presentes na versão para usuários crianças (BRASIL, 2010b).

Considerando a avaliação da qualidade e mensuração da presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais de saúde com instrumentos válidos e fidedignos, Hauser e colaboradores (2013) finalizaram a tradução, a adaptação e a avaliação da validade e da fidedignidade da versão original do PCATool para profissionais e o mesmo foi utilizado na coleta de dados do presente estudo.

## 4 OBJETIVOS

Nesta seção, apresentam-se os objetivos que nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa.

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da APS, a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS das US.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os profissionais de saúde médicos e enfermeiros das US, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais;
- b) Descrever as respostas obtidas em cada um dos itens que compõe cada atributo;
- c) Descrever os escores obtidos em cada atributo, o escore essencial e escore geral de cada US;
- d) Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos essenciais e derivados da APS, na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros.

## 5 MATERIAL E MÉTODO

Nesta seção, apresenta-se o material e os procedimentos que foram utilizados no desenvolvimento da pesquisa. O material encontra-se listado abaixo e os procedimentos estão descritos nos itens seguintes.

### 5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal. Os estudos quantitativos caracterizam-se pela interpretação dos fenômenos, por meio das análises estatísticas (ALIAGA; GUNDERSON, 2002). Esta pesquisa almeja a quantificação dos dados, por meio da mensuração de variáveis estabelecidas a priori (GIL, 2002). Quanto aos estudos transversais, estes são caracterizados por se tratar de observações e análise das variáveis em um dado momento histórico (PEREIRA, 2013).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Os dados foram coletados nas US (UBS, USF, UMS) que compõem a APS do município de Uberaba-MG.

O município fica localizado na região do Triângulo Mineiro, com população estimada em 325.279 habitantes, em 2016, área territorial de 4.523,957 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 65,43 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A rede de APS do município é composta por uma UBS, 18 USF, nove UMS, dispostas em três distritos sanitários (UBERABA, 2018).

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas US (USF, UBS, UMS) do município de Uberaba-MG.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico,  $R^2 = 0,13$ , em um modelo de regressão linear com 4 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,1$ ,

resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Foi utilizado o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 13 e introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 116$  sujeitos. No entanto, devido as perdas por recusas de alguns profissionais, a amostra obteve um  $n = 108$ . A variável de desfecho principal foi o escore geral da qualidade da APS.

### *5.3.1 Critérios de inclusão*

Foram incluídos nesse estudo os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas US (USF, UBS, UMS) do município de Uberaba-MG no período da coleta de dados.

## 5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O procedimento de recrutamento ocorreu por meio do agendamento telefônico nas respectivas US, pelas pesquisadoras, a fim de elucidar os objetivos da pesquisa e a importância da participação dos profissionais médicos e enfermeiros para a coleta dos dados. No dia da visita, houve a apresentação das pesquisadoras, com os esclarecimentos de quaisquer dúvidas que poderiam emergir em relação ao estudo. Os profissionais que aceitaram contribuir com a pesquisa, poderiam optar em responder aos questionários no mesmo dia da primeira visita ou as pesquisadoras, mediante um novo agendamento, retornavam às unidades.

Os participantes que contemplaram os critérios de inclusão foram convidados a se dirigir, individualmente, a uma sala disponibilizada pelo serviço para o início do protocolo metodológico deste estudo. Logo após, foi solicitado ao participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Na sala, foi aplicado, na forma de entrevista, o “Questionário sociodemográfico e profissional” (APÊNDICE B) e o PCATool (ANEXO B), denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - versão profissionais, validado no Brasil por HAUSER et al. (2013).

Foi entregue ao entrevistado o cartão-resposta (APÊNDICE D), com a finalidade de orientá-lo ao responder as perguntas do instrumento PCATool. Além

disso, foram elaboradas pelas pesquisadoras “Orientações para a realização das entrevistas” (APÊNDICE C) com instruções gerais e específicas sobre o instrumento. As respectivas instruções foram extraídas e adaptadas do Manual do instrumento de avaliação da APS: PCATool (BRASIL, 2010b), os quais constam a preparação prévia necessária aos entrevistadores, a forma de apresentação nas US, a maneira como se deve proceder o preenchimento do instrumento e as instruções para elucidação de alguns itens do PCATool.

Todo o processo de aplicação dos instrumentos teve duração em torno de 30 minutos.

#### 5.4.1 Instrumentos

Foram utilizados nessa entrevista, dois inquéritos para a coleta dos dados, um questionário elaborado pelas pesquisadoras, para caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa (APÊNDICE B) e o questionário PCATool, versão para profissionais (ANEXO B).

Para atender os objetivos traçados nesse estudo, foi construído o questionário sociodemográfico e profissional e o mesmo foi estruturado em três seções: I- Informações para controle da coleta de dados; II- Dados sociodemográficos; III- Dados profissionais. As questões foram compostas por respostas dicotômicas e de múltipla escolha (com resposta única) (APÊNDICE B).

O PCATool, versão para profissionais é um questionário com 119 itens que permite avaliar a qualidade da APS, através da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, no qual são obtidos escores em cada um das dimensões avaliadas que incluem: acessibilidade (acesso de primeiro contato), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistemas de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária. As dimensões do instrumento possuem respostas que seguem uma escala do tipo Likert, que atribui escores de 1 a 4, sendo 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim, 4= com certeza sim e 9 = não sei/não lembro (BRASIL, 2010b; HAUSER et al., 2013). Após o preenchimento do questionário, foi possível calcular um escore para cada atributo da APS, que foi obtido pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. Após a

consolidação dos dados, os escores foram transformados em uma escala de 0 a 10, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Escala} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Para a verificação da qualidade da APS foram calculados o escore essencial, obtido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o escore geral, calculado por meio da média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados (BRASIL, 2010b; HAUSER et al., 2013).

Os escores que obtiveram valores  $\geq 6,6$  foram definidos como alto escore para a qualidade dos serviços, enquanto que valores  $< 6,6$  foram considerados escores baixos para a qualidade (BRASIL, 2010b).

#### 5.4.2 Variáveis do estudo

Foram consideradas como variáveis independentes do estudo todas aquelas que compõem o questionário sociodemográfico e profissional e a variável de desfecho principal foi o escore geral da qualidade da APS, medida através do instrumento PCATool versão profissionais. As variáveis sociodemográficas e profissionais consideradas neste estudo foram:

- Distrito sanitário (I, II, III);
- Tipo de unidade de saúde (UBS, USF, UMS);
- Localização da unidade (zona urbana, zona rural);
- Lotação do profissional (ESF, Rede);
- Sexo (feminino, masculino);
- Idade (em anos completos);
- Profissão (médico, enfermeiro);
- Ano de formação acadêmica;
- Se possui especialização (se sim, indicar qual);
- Tempo de atuação na unidade (anos/meses);
- Se o profissional já trabalhou na APS segundo o modelo de ESF (sim, não);
- Carga horária de trabalho semanal na unidade (40hs, 30hs, 20hs);
- Número médio de consultas por semana;

- Se o profissional recebeu treinamento da prefeitura para atuar na unidade (sim, não);
- Se o treinamento oferecido pela prefeitura contribuiu para o aperfeiçoamento profissional (extremamente, muito, pouco, neutro, nada);
- Se participou de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses (sim, não);
- Se acredita que a capacitação em serviço, cursos ou eventos contribuiu para o aperfeiçoamento profissional (extremamente, muito, pouco, neutro, nada).

#### 5.4.3 *Período da coleta dos dados*

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2018.

### 5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento e análise dos dados, as respostas obtidas no questionário foram digitadas, tabuladas e consolidadas no programa Microsoft Excel por dupla entrada e digitadores independentes, almejando minimizar falhas na entrada do banco de dados. Posteriormente, os bancos digitados foram importados para o programa *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13 para realização da análise estatística.

#### 5.5.1 *Análise dos dados para o alcance do objetivo 1*

As variáveis categóricas foram analisadas empregando-se tabelas de frequência absolutas e relativas, ao passo que, as variáveis quantitativas foram resumidas utilizando-se medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

#### 5.5.2 *Análise dos dados para o alcance do objetivo 2*

As respostas obtidas nos itens que compõem cada um dos atributos foram descritas utilizando-se tabelas de frequência absolutas e relativas.

### 5.5.3 Análise dos dados para o alcance do objetivo 3

Os escores em seus respectivos atributos foram analisados empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), variabilidade (amplitude e desvio padrão), bem como por uma medida de consistência interna (Alfa Cronbach).

### 5.5.4 Análise dos dados para o alcance do objetivo 4

A análise bivariada incluiu teste T para preditores dicotômicos e correlações de Pearson para preditores quantitativos. Para a variável “característica da unidade” foi incluída a análise de variância (ANOVA) a um fator. A análise da influência simultânea e independente de preditores sociodemográficos e profissionais sobre cada um dos atributos incluiu a análise de regressão linear múltipla. Esse trabalho considerou um nível de significância  $\alpha = 0,05$ . Os valores de  $p$  foram interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

## 5.6 ESTUDO PILOTO

Foi aplicado um estudo piloto com dois profissionais atuantes na APS de Uberaba-MG, sendo um médico e um enfermeiro, que permitiu avaliar o tempo gasto por coleta, além de verificar se o questionário sociodemográfico e profissional era claro, objetivo e viável para o entendimento de quem pergunta e de quem responde.

## 5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos foi feita uma explicação para os profissionais, a respeito dos objetivos e da metodologia dessa pesquisa e, posteriormente, foi entregue o TCLE (APÊNDICE A) aos que aceitaram participar do estudo para que os mesmos pudessem assinar, conforme o protocolo de pesquisa com seres humanos, o qual deve atender ao item IV da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS.

Para a realização dessa pesquisa, o projeto foi encaminhado à Secretaria de Saúde do município de Uberaba-MG para aprovação e autorização (ANEXO A).

Foi entendido como possíveis riscos para os profissionais que participaram da pesquisa, o desconforto ao responder as perguntas que constam nos instrumentos. Dessa forma, as pesquisadoras se comprometeram a garantir a privacidade dos sujeitos de pesquisa e a manter em sigilo as informações colhidas, por meio da identificação em forma de número dos questionários respondidos. Além disso, os dados coletados no decorrer da pesquisa ficaram sob tutela das pesquisadoras e permanecerão durante cinco anos para posteriormente serem descartados. O profissional que escolheu não ser mais participante do estudo foi excluído imediatamente, sem nenhum prejuízo ético-moral. Além disso, é válido ressaltar que os sujeitos do estudo participaram com as respostas de forma voluntária e, portanto, não receberam recursos financeiros diretos e indiretos.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da UFTM, CAAE: 80264917.4.0000.5154 (ANEXO C), conforme a Resolução 466/12 do CNS do MS, garantindo os aspectos éticos da pesquisa como a beneficência e não maleficência, isenção de dano (físico, moral, espiritual, perda de privacidade, de tempo, financeira), respeito à dignidade humana, privacidade, não manipulação de dados e ou omissão da participação de colaboradores.

A qualquer momento durante a realização da pesquisa, os participantes poderiam desistir de colaborar e não sofreriam qualquer repreensão. E no decorrer da pesquisa, se fossem encontrados obstáculos que dificultavam o acesso a esses profissionais, o estudo seria suspenso e reformulado para que a pesquisa pudesse dar seguimento.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Participaram dessa pesquisa 108 profissionais atuantes nas US da APS do Município de Uberaba-MG. Os dados coletados revelaram que, dos entrevistados, 46,3% eram médicos e 53,7% enfermeiros, com idades entre 23 e 79 anos, média de idade de 39,08 ( $\pm 11,19$ ) anos; a maioria dos participantes era do sexo feminino (75,0%); tempo de formação entre um e 49 anos, com média de 12,11 ( $\pm 10,90$ ) anos. Grande parte dos entrevistados possuía especialização e/ou residência (82,4%), sendo que desses, 11,1% tinham residência em medicina da família, 6,5% residência em Clínica Médica, 3,7% residência em Pediatria, 6,5% residência em Ginecologia-obstetrícia, 13,9% cursaram especialização em saúde pública, 19,4% especialização em saúde da família, 4,6% outras especializações direcionadas à APS, 38,9% outras especializações não direcionadas à APS e 11,1% possuíam mestrado e/ou doutorado.

Em relação as características profissionais, 42,6% atuavam em US do Distrito Sanitário I e com a mesma porcentagem, de 28,7%, no Distrito Sanitário II e Distrito Sanitário III, sendo que a grande maioria dos entrevistados eram de US da Zona Urbana (93,5%); 4,6% eram provenientes de UBS, 51,9% de USF e 43,5% de UMS; 80,6% estavam lotados nas ESF com carga horária semanal de 40 horas de trabalho (80,6%), com tempo de atuação na US entre um mês e 22 anos, média de 39,94 ( $\pm 54,89$ ) meses; menos da metade dos entrevistados possuía experiência de trabalho na APS segundo o modelo da ESF (44,4%); o número médio de consultas (médicas e de enfermagem) por semana variou de 10 a 250, sendo a média de 84,47 ( $\pm 44,18$ ) consultas.

Dos entrevistados, apenas 27,8% revelaram ter recebido treinamento para atuar na US e 17,6% consideraram que o mesmo contribuiu “pouco” para o aperfeiçoamento profissional; 88,0% afirmaram ter participado de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses e a maioria (52,8%) referiu que tais capacitações contribuíram “muito” para o aperfeiçoamento profissional, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais médicos e enfermeiros, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis	n	% ou média	DP
(continua)			
<i>Sociodemográficas</i>			
Idade		39,08	11,19
23 até 41 anos	74	68,5	
42 até 60 anos	28	25,9	
61 até 79 anos	6	5,6	
Sexo			
Feminino	81	75,0	
Masculino	27	25,0	
Profissão			
Médico	50	46,3	
Enfermeiro	58	53,7	
Tempo de formação		12,11	10,90
1 até 16 anos	86	79,6	
17 até 33 anos	12	11,1	
34 até 49 anos	10	9,3	
Possui especialização e/ou residência	89	82,4	
Residência ou prova de título em medicina da família	12	11,1	
Residência ou prova de título em Clínica Médica	7	6,5	
Residência ou prova de título em Pediatria	4	3,7	
Residência ou prova de título em Ginecologia-obstetrícia	7	6,5	
Especialização em saúde pública	15	13,9	
Especialização em saúde da família	21	19,4	
Outras especializações direcionadas à APS	5	4,6	
Outras especializações não direcionadas à APS	42	38,9	
Possui mestrado e/ou doutorado			
Sim	12	11,1	
Não	96	88,9	
<i>Profissionais</i>			
Distrito Sanitário da US			
Distrito Sanitário I	46	42,6	
Distrito Sanitário II	31	28,7	
Distrito Sanitário III	31	28,7	
Localização da US			
Zona Urbana	101	93,5	
Zona Rural	7	6,5	
Tipo de US			
UBS	5	4,6	
USF	56	51,9	
UMS	47	43,5	
Lotação do profissional			
ESF	87	80,6	
Rede	21	19,4	
Havia trabalhado na ESF			
Sim	48	44,4	
Não	60	55,6	
Tempo de atuação na US		39,94	54,89
1 mês até 12 meses	50	46,3	
13 meses até 120 meses	49	45,4	
Igual ou maior que 121 meses	9	8,3	
Carga Horária		1,28	0,61
40 horas	87	80,6	
30 horas	12	11,1	

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais médicos e enfermeiros, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais – Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis	n	% ou média	(conclusão)
			DP
20 horas	9	8,3	
Número médio de consultas por semana		84,47	44,18
10 até 90 consultas	72	66,7	
91 até 171 consultas	31	28,7	
172 até 250 consultas	5	4,6	
Recebeu treinamento para atuar na US			
Sim	30	27,8	
Não	78	72,2	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional			
Extremamente	2	1,9	
Muito	7	6,5	
Pouco	19	17,6	
Neutro	2	1,9	
Participou de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses			
Sim	95	88,0	
Não	13	12,0	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional			
Extremamente	8	7,4	
Muito	57	52,8	
Pouco	27	25,0	
Neutro	2	1,9	
Nada	1	0,9	

Fonte: Dados deste estudo

## 6.2 RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS REFERENTES A CADA UM DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO

É possível destacar que em relação ao atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade, a maioria das perguntas receberam avaliações negativas dos profissionais de saúde, representado pelos itens A1, A2, A5, A6 e A7, (Tabela 2).

Tabela 2 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza sim	0	0	76,9	55,6	0	0	0	45,4	48,1
Provavelmente sim	0	0	21,3	23,1	0	0	0	27,8	8,3
Provavelmente não	0,9	2,8	0,9	9,3	14,8	7,4	7,4	5,6	10,2
Com certeza não	99,1	97,2	0,9	12,0	85,2	92,6	92,6	21,3	33,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

Em relação ao atributo Longitudinalidade, as respostas dos profissionais refletiram avaliações positivas, com exceção dos itens B1, B8 e B11, nos quais predominaram respostas do tipo “com certeza não” e “provavelmente não”, (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	B1 %	B2 %	B3 %	B4 %	B5 %	B6 %	B7 %
Com certeza sim	34,3	84,3	47,2	58,3	73,1	56,5	45,4
Provavelmente sim	11,1	15,7	50,9	9,3	21,3	41,7	34,3
Provavelmente não	5,6	0	1,9	6,5	3,7	1,9	11,1
Com certeza não	49,1	0	0	25,9	1,9	0	9,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

  

Avaliação	B8 %	B9 %	B10 %	B11 %	B12 %	B13 %
Com certeza sim	6,5	59,3	18,5	12,0	49,1	41,7
Provavelmente sim	35,2	38,0	33,3	18,5	32,4	25,9
Provavelmente não	14,8	2,8	13,9	13,0	7,4	10,2
Com certeza não	43,5	0	34,3	56,5	11,1	22,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

No que diz respeito ao atributo Coordenação – integração dos cuidados, as respostas refletiram avaliações positivas em quatro dos sete itens, sendo eles: C3, C4, C5 e C7 e os demais itens apresentaram avaliações negativas na perspectiva dos profissionais (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Coordenação – integração dos cuidados, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	C1 %	C2 %	C3 %	C4 %	C5 %	C6 %	C7 %
Com certeza sim	2,8	16,7	64,8	89,8	80,6	2,8	52,8
Provavelmente sim	15,7	23,1	13,0	8,3	11,1	5,6	24,1
Provavelmente não	4,6	13,9	1,9	0	1,9	8,3	12,0
Com certeza não	76,9	46,3	20,4	1,9	6,5	83,3	11,1
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

De acordo com a tabela abaixo, as avaliações dos profissionais em relação ao atributo Coordenação – sistemas de informação refletiram avaliações negativas em quatro dos oito itens, sendo eles: D4, D5, D6 e D7, enquanto que nos demais itens avaliados as avaliações foram positivas, (Tabela 5).

Tabela 5 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Coordenação – sistemas de informação, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	D1 %	D2 %	D3 %	D4 %	D5 %	D6 %	D7 %	D8 %
Com certeza sim	75,9	78,7	71,3	21,3	5,6	7,4	21,3	61,1
Provavelmente sim	13,0	12,0	13,9	7,4	3,7	5,6	4,6	6,5
Provavelmente não	2,8	3,7	4,6	10,2	3,7	15,7	12,0	4,6
Com certeza não	8,3	5,6	10,2	61,1	87,0	71,3	62,0	27,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

Em relação ao atributo Integralidade – serviços disponíveis, a maioria dos itens recebeu avaliações positivas dos profissionais, contudo, os itens E9, E11, E12, E13, E14 e E18 foram os piores avaliados (Tabela 6).

Tabela 6 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Integralidade – serviços disponíveis, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	E1 %	E2 %	E3 %	E4 %	E5 %	E6 %	E7 %	E8 %	E9 %	E10 %	E11 %
Com certeza sim	60,2	99,1	77,8	98,1	96,3	66,7	42,6	55,6	0	77,8	22,2
Provavelmente sim	11,1	0	10,2	1,9	3,7	13,0	11,1	15,7	0	1,9	3,7
Provavelmente não	5,6	0	3,7	0	0	2,8	10,2	6,5	0,9	1,9	8,3
Com certeza não	23,1	0,9	8,3	0	0	17,6	36,1	22,2	99,1	18,5	65,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

  

Avaliação	E12 %	E13 %	E14 %	E15 %	E16 %	E17 %	E18 %	E19 %	E20 %	E21 %	E22 %
Com certeza sim	24,1	0	0	98,1	70,4	99,1	1,9	73,1	75,9	85,2	58,3
Provavelmente sim	5,6	0	0	0,9	2,8	0,9	0	12,0	13,9	10,2	8,3
Provavelmente não	4,6	1,9	1,9	0	4,6	0	0,9	4,6	4,6	1,9	12,0
Com certeza não	65,7	98,1	98,1	0,9	22,2	0	97,2	10,2	5,6	2,8	21,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

O atributo Integralidade – serviços prestados possui 18 itens, sendo que, desses, 14 refletiram avaliações positivas e quatro foram avaliados negativamente pelos médicos e enfermeiros, nos quais predominaram respostas do tipo “com certeza não” e “provavelmente não, correspondendo aos itens: F3, F9, F16 e F17, (Tabela 7).

Tabela 7 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Integralidade – serviços prestados, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	F1 %	F2 %	F3 %	F4 %	F5 %	F6 %	F7 %	F8 %	F9 %	F10 %
Com certeza sim	88,9	56,5	15,7	60,2	85,2	74,1	86,1	40,7	2,8	33,3
Provavelmente sim	8,3	23,1	8,3	20,4	10,2	10,2	9,3	17,6	2,8	20,4
Provavelmente não	0,9	2,8	6,5	7,4	0	1,9	0,9	7,4	2,8	5,6
Com certeza não	1,9	17,6	69,4	11,1	3,7	13,0	2,8	33,3	90,7	39,8
Não se aplica	0	0	0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Avaliação	F11 %	F12 %	F13 %	F14 %	F15 %	F16 %	F17 %	F18 %
Com certeza sim	75,9	56,5	73,1	44,4	56,5	19,4	13,0	56,5
Provavelmente sim	15,7	25,9	17,6	17,6	14,8	8,3	10,2	13,9
Provavelmente não	1,9	4,6	3,7	10,2	4,6	14,8	15,7	6,5
Com certeza não	5,6	12,0	4,6	24,1	20,4	53,7	57,4	19,4
Não se aplica	0,9	0,9	0,9	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

Em relação ao atributo Orientação familiar, os profissionais avaliaram positivamente a maioria dos itens, com exceção do G4 que apresentou altas porcentagens referentes a respostas negativas. Esse item verifica o uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar pelos profissionais, (Tabela 8).

Tabela 8 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Orientação familiar, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	G1 %	G2 %	G3 %	G4 %	G5 %	G6 %	G7 %
Com certeza sim	55,6	83,3	88,9	11,1	57,4	49,1	65,7
Provavelmente sim	29,6	14,8	10,2	7,4	13,0	17,6	17,6
Provavelmente não	6,5	0,9	0	13,0	7,4	11,1	6,5
Com certeza não	8,3	0,9	0,9	68,5	22,2	22,2	10,2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Avaliação	G8 %	G9 %	G10 %	G11 %	G12 %	G13 %	G14 %
Com certeza sim	75,0	71,3	47,2	59,3	49,1	58,3	41,7
Provavelmente sim	13,9	18,5	20,4	14,8	29,6	25,0	24,1
Provavelmente não	5,6	6,5	14,8	7,4	5,6	8,3	15,7
Com certeza não	5,6	3,7	17,6	18,5	15,7	8,3	18,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

Tendo em consideração o atributo Orientação comunitária, as avaliações foram positivas na maioria dos itens e os únicos em que prevaleceram avaliações

negativas, que correspondem a maiores porcentagens nas respostas “provavelmente não” e “com certeza não”, foram os itens: H8, H13, H15, H20, H21, H22 e H23, (Tabela 9).

Tabela 9 - Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo Orientação comunitária, Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Avaliação	H1 %	H2 %	H3 %	H4 %	H5 %	H6 %	H7 %	H8 %	H9 %	H11 %	H12 %
Com certeza sim	95,4	40,7	63,9	59,3	49,1	74,1	65,7	22,2	88,9	40,7	34,3
Provavelmente sim	0,9	43,5	20,4	31,5	12,0	7,4	14,8	16,7	6,5	13,9	24,1
Provavelmente não	0,9	8,3	9,3	6,5	16,7	8,3	7,4	21,3	2,8	17,6	11,1
Com certeza não	2,8	7,4	6,5	2,8	22,2	10,2	12,0	39,8	1,9	27,8	30,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

  

Avaliação	H13 %	H14 %	H15 %	H16 %	H17 %	H18 %	H20 %	H21 %	H22 %	H23 %
Com certeza sim	25,0	70,4	31,5	34,3	93,5	44,4	8,3	19,4	33,3	26,9
Provavelmente sim	17,6	13,9	14,8	20,4	0,9	13,0	8,3	7,4	13,0	8,3
Provavelmente não	23,1	5,6	15,7	26,9	1,9	21,3	21,3	16,7	14,8	32,4
Com certeza não	34,3	10,2	38,0	18,5	3,7	21,3	62,0	56,5	38,9	32,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados deste estudo

### 6.3 ESCORES OBTIDOS EM CADA ATRIBUTO, O ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL DAS US

Na Tabela 10, são evidenciadas a presença e a extensão dos atributos da APS, por meio dos escores médios de cada atributo, o escore essencial e o escore geral. O atributo que obteve a menor média (3,33) foi Acesso de primeiro contato – acessibilidade e a maioria dos atributos apresentaram avaliações baixas (< 6,6) quanto ao escore da qualidade, com exceção dos atributos Orientação familiar com a média de 7,29 ( $\pm 1,99$ ) e Longitudinalidade com a média de 6,63 ( $\pm 1,35$ ).

Tabela 10 – Escores dos atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos médicos e enfermeiros - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Atributo	(continua)					
	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$\alpha$
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	1,11	5,19	3,33	3,33	0,86	0,11

Tabela 10 – Escores dos atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos médicos e enfermeiros - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)

Atributo	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$\alpha$
Longitudinalidade	2,82	9,49	6,63	6,54	1,35	0,62
Coordenação – Integração de Cuidados	1,43	8,57	5,60	5,71	1,42	0,38
Coordenação – Sistema de Informação	1,25	9,58	5,08	5,00	1,66	0,51
Integralidade – Serviços Disponíveis	3,94	8,48	6,33	6,36	1,10	0,70
Integralidade – Serviços Prestados	1,30	9,81	6,42	6,48	1,82	0,85
Orientação familiar	1,67	10,00	7,29	7,62	1,99	0,87
Orientação Comunitária	2,22	9,05	6,31	6,59	1,54	0,79
Escore essencial	3,74	7,52	5,56	5,50	0,88	0,87
Escore Geral	3,47	7,84	5,87	5,92	0,97	0,92

Fonte: Dados deste estudo

Notas: Os escores assumem valores de 0 a 10, onde valores  $\geq 6,6$  indicam alto escore de APS.

#### 6.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS SOBRE OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS

Na Tabela 11, é encontrada a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade. Observa-se que houve associação entre o atributo e a lotação profissional, sexo, a profissão e a participação em alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses, com piores médias para profissionais de rede, do sexo masculino, enfermeiros e profissionais que não participaram de capacitação serviço ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 11 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade- Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)

Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,13
Distrito Sanitário I	1,11	5,19	3,18	3,33	0,87	
Distrito Sanitário II	1,48	4,81	3,29	3,70	0,86	
Distrito Sanitário III	1,48	4,81	3,58	3,70	0,83	
Tipo de US						0,70
UBS	2,22	4,07	3,11	2,96	0,77	
USF	1,11	5,19	3,39	3,33	0,91	
UMS	1,48	4,44	3,28	3,33	0,82	
Localização da US						0,13
Urbana	1,11	5,19	3,29	3,33	0,87	
Rural	2,96	4,44	3,81	3,70	0,55	
Lotação do profissional						<b>0,01*</b>

Tabela 11 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade- Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
ESF	1,48	5,19	3,43	3,33	0,83	
Rede	1,11	4,44	2,91	2,96	0,89	
Sexo						<b>0,03*</b>
Feminino	1,85	5,19	3,43	3,33	0,80	
Masculino	1,11	4,44	3,02	2,96	0,98	
Profissão						<b>0,001*</b>
Médico(a)	1,11	5,19	3,03	2,96	0,92	
Enfermeiro(a)	2,22	4,81	3,58	3,70	0,73	
Possui especialização e/ou residência						0,70
Sim	1,11	5,19	3,34	3,33	0,85	
Não	1,48	4,81	3,26	3,33	0,94	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,98
Sim	1,85	4,44	3,33	3,52	0,88	
Não	1,11	5,19	3,33	3,33	0,87	
Havia trabalhado na ESF						0,57
Sim	1,11	5,19	3,38	3,70	0,98	
Não	2,22	4,81	3,28	3,33	0,76	
Recebeu treinamento						0,75
Sim	2,22	4,81	3,28	3,33	0,83	
Não	1,11	5,19	3,34	3,33	0,88	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,70
Extremamente	2,59	3,33	2,96	2,96	0,52	
Muito	2,22	3,70	3,02	3,33	0,66	
Pouco	2,22	4,81	3,39	3,33	0,94	
Neutro	3,33	3,70	3,52	3,52	0,26	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>0,05*</b>
Sim	1,11	5,19	3,39	3,33	0,86	
Não	1,48	4,44	2,88	2,59	0,82	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,48
Extremamente	1,48	4,44	3,19	3,33	1,03	
Muito	1,11	4,81	3,44	3,70	0,84	
Pouco	2,22	5,19	3,43	3,70	0,86	
Neutro	2,59	2,96	2,78	2,78	0,26	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 12, ocorreu significância estatística entre o atributo Longitudinalidade e as características: localização da US, com médias iguais para zona urbana e rural, lotação do profissional, com médias menores para profissionais de rede e profissão com médias iguais para médicos e enfermeiros ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 12 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Longitudinalidade - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	<i>p</i>
Distrito Sanitário da US						0,13
Distrito Sanitário I	4,10	9,49	6,33	6,15	1,24	
Distrito Sanitário II	2,82	9,49	6,90	6,92	1,43	
Distrito Sanitário III	4,10	9,49	6,81	6,67	1,37	
Tipo de US						0,35
UBS	5,90	7,44	6,62	6,67	0,56	
USF	4,10	9,49	6,81	6,67	1,34	
UMS	2,82	9,49	6,42	6,15	1,41	
Localização da US						<b>0,003*</b>
Urbana	2,82	9,49	6,53	6,41	1,32	
Rural	6,67	9,49	8,06	8,21	1,07	
Lotação do profissional						<b>0,004*</b>
ESF	4,10	9,49	6,81	6,67	1,33	
Rede	2,82	8,72	5,89	5,90	1,20	
Sexo						0,36
Feminino	2,82	9,49	6,56	6,67	1,40	
Masculino	4,87	8,97	6,84	6,41	1,18	
Profissão						<b>0,001*</b>
Médico(a)	4,36	9,49	7,08	7,05	1,30	
Enfermeiro(a)	2,82	9,49	6,25	6,15	1,29	
Possui especialização e/ou residência						0,65
Sim	2,82	9,49	6,60	6,67	1,36	
Não	4,62	9,49	6,76	6,41	1,32	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,89
Sim	4,10	8,97	6,58	6,15	1,34	
Não	2,82	9,49	6,64	6,67	1,36	
Havia trabalhado na ESF						0,18
Sim	4,87	9,49	6,83	6,67	1,18	
Não	2,82	9,49	6,47	6,15	1,47	
Recebeu treinamento						0,23
Sim	4,87	9,23	6,41	6,15	1,04	
Não	2,82	9,49	6,72	6,67	1,45	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,98
Extremamente	6,15	6,67	6,41	6,41	0,36	
Muito	5,38	8,21	6,26	5,64	1,01	
Pouco	4,87	9,23	6,45	6,15	1,16	
Neutro	6,15	6,92	6,54	6,54	0,54	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						0,21
Sim	2,82	9,49	6,69	6,67	1,37	
Não	4,36	8,72	6,19	6,41	1,19	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,50
Extremamente	4,10	7,69	6,12	6,28	1,19	
Muito	2,82	9,49	6,87	6,92	1,37	
Pouco	4,10	9,49	6,56	6,15	1,45	
Neutro	5,90	6,15	6,03	6,03	0,18	

Fonte: Dados deste estudo

\* $p \leq 0,05$

Na Tabela 13, observa-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Coordenação – integração de cuidados. Ressalta-se que houve associação entre o referido atributo em relação apenas à variável profissão, com piores médias para os enfermeiros ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 13 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – integração de cuidados- Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,79
Distrito Sanitário I	1,43	8,57	5,69	5,71	1,43	
Distrito Sanitário II	1,90	7,14	5,58	5,71	1,31	
Distrito Sanitário III	1,43	8,10	5,47	5,71	1,54	
Tipo de US						0,59
UBS	5,71	6,67	6,10	5,71	0,52	
USF	1,90	8,10	5,65	5,71	1,26	
UMS	1,43	8,57	5,47	5,71	1,65	
Localização da US						0,58
Urbana	1,43	8,57	5,62	5,71	1,45	
Rural	4,29	6,67	5,31	5,24	0,75	
Lotação do profissional						0,70
ESF	1,43	8,57	5,62	5,71	1,37	
Rede	1,43	8,10	5,49	5,71	1,63	
Sexo						0,43
Feminino	1,43	8,10	5,53	5,71	1,37	
Masculino	1,90	8,57	5,78	5,71	1,58	
Profissão						<b>0,001*</b>
Médico(a)	2,86	8,57	6,10	5,71	1,16	
Enfermeiro(a)	1,43	8,10	5,16	5,71	1,49	
Possui especialização e/ou residência						0,98
Sim	1,43	8,10	5,60	5,71	1,34	
Não	1,43	8,57	5,59	5,71	1,79	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,76
Sim	4,29	6,67	5,71	5,71	0,91	
Não	1,43	8,57	5,58	5,71	1,47	
Havia trabalhado na ESF						0,70
Sim	1,43	8,10	5,54	5,71	1,42	
Não	1,43	8,57	5,64	5,71	1,43	
Recebeu treinamento						0,21
Sim	3,81	8,10	5,87	5,71	1,25	
Não	1,43	8,57	5,49	5,71	1,47	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,99
Extremamente	5,71	6,19	5,95	5,95	0,34	
Muito	4,29	8,10	5,71	5,71	1,20	
Pouco	3,81	8,10	5,91	5,71	1,37	
Neutro	4,76	7,14	5,95	5,95	1,68	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						0,98
Sim	1,43	8,57	5,59	5,71	1,45	

Tabela 13 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – integração de cuidados- Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Não	3,33	8,10	5,60	5,71	1,26	0,19
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						
Extremamente	2,86	6,67	5,18	5,48	1,40	
Muito	1,43	8,57	5,84	6,19	1,52	
Pouco	2,86	7,14	5,36	5,71	1,05	
Neutro	1,90	6,67	4,29	4,29	3,37	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 14, há associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Coordenação – sistemas de informação. Ressalta-se que houve associação entre o atributo em relação à variável profissão, com piores médias para os enfermeiros ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 14 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – Sistema de Informação - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,92
Distrito Sanitário I	2,08	8,75	5,15	5,00	1,59	
Distrito Sanitário II	1,25	8,75	5,04	5,00	1,68	
Distrito Sanitário III	1,25	9,58	5,00	5,00	1,77	
Tipo de US						0,60
UBS	2,50	5,83	4,50	5,00	1,36	
USF	1,25	9,58	5,20	5,00	1,66	
UMS	1,25	8,75	4,99	5,00	1,69	
Localização da US						0,72
Urbana	1,25	9,58	5,06	5,00	1,70	
Rural	4,58	6,67	5,30	5,00	0,71	
Lotação do profissional						0,10
ESF	1,25	9,58	5,21	5,00	1,59	
Rede	1,25	8,75	4,54	4,58	1,85	
Sexo						0,91
Feminino	1,25	9,58	5,09	5,00	1,74	
Masculino	2,08	7,92	5,05	5,00	1,41	
Profissão						<b>0,05*</b>
Médico(a)	2,08	8,75	5,41	5,21	1,57	
Enfermeiro(a)	1,25	9,58	4,79	5,00	1,68	
Possui especialização e/ou residência						0,47
Sim	1,25	9,58	5,13	5,00	1,72	
Não	2,08	6,67	4,82	5,00	1,34	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,66

Tabela 14 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Coordenação – Sistema de Informação - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Sim	2,08	8,75	5,28	5,00	1,71	
Não	1,25	9,58	5,05	5,00	1,66	
Havia trabalhado na ESF						0,35
Sim	2,08	8,75	5,24	5,00	1,66	
Não	1,25	9,58	4,94	5,00	1,66	
Recebeu treinamento						0,38
Sim	2,08	8,75	5,31	5,00	1,53	
Não	1,25	9,58	4,99	5,00	1,70	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,49
Extremamente	3,75	4,17	3,96	3,96	0,29	
Muito	3,33	6,67	5,00	4,58	1,23	
Pouco	2,08	8,33	5,48	5,42	1,45	
Neutro	3,33	8,75	6,04	6,04	3,83	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						0,49
Sim	1,25	9,58	5,12	5,00	1,67	
Não	2,08	7,50	4,78	4,58	1,56	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,84
Extremamente	3,33	7,50	5,16	5,21	1,39	
Muito	1,25	9,58	5,19	5,00	1,65	
Pouco	1,25	8,75	5,06	5,00	1,88	
Neutro	3,33	4,17	3,75	3,75	0,59	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 15, evidencia-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Integralidade – serviços disponíveis. Ressalta-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis tipo de US, com piores médias para USB, lotação profissional, com médias menores para os profissionais de rede e participação de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses ( $p \leq 0,05$ ), com piores médias para aqueles que relataram não ter participado. Em relação à variável tipo de US, foi significativo entre UBS e USF e UBS e UMS.

Tabela 15 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços disponíveis - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,43
Distrito Sanitário I	4,09	8,03	6,24	6,14	0,93	
Distrito Sanitário II	3,94	8,18	6,25	6,36	1,28	

Tabela 15 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços disponíveis - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário III	4,55	8,48	6,55	6,82	1,16	
Tipo de US						<b>&lt;0,001*</b>
UBS	3,94	5,61	4,55	4,55	0,69	
USF	4,09	8,48	6,50	6,59	1,11	
UMS	4,55	8,18	6,32	6,21	0,96	
Localização da US						0,13
Urbana	3,94	8,18	6,29	6,36	1,07	
Rural	5,00	8,48	6,95	7,27	1,43	
Lotação do profissional						<b>&lt;0,001*</b>
ESF	4,55	8,48	6,56	6,67	1,00	
Rede	3,94	7,73	5,40	5,45	1,00	
Sexo						0,54
Feminino	3,94	8,48	6,37	6,36	1,07	
Masculino	3,94	8,18	6,22	6,36	1,21	
Profissão						0,48
Médico(a)	3,94	8,18	6,25	6,14	1,16	
Enfermeiro(a)	3,94	8,48	6,40	6,36	1,06	
Possui especialização e/ou residência						0,24
Sim	3,94	8,48	6,39	6,36	1,07	
Não	3,94	8,18	6,06	6,36	1,23	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,91
Sim	4,70	7,88	6,36	6,29	0,94	
Não	3,94	8,48	6,33	6,36	1,13	
Havia trabalhado na ESF						0,13
Sim	3,94	8,48	6,51	6,82	1,12	
Não	3,94	8,18	6,19	6,06	1,07	
Recebeu treinamento						0,51
Sim	4,09	8,48	6,44	6,59	1,06	
Não	3,94	8,18	6,29	6,21	1,12	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,99
Extremamente	5,76	6,82	6,29	6,29	0,75	
Muito	5,00	8,18	6,56	6,36	1,19	
Pouco	4,09	8,48	6,41	6,82	1,14	
Neutro	6,21	6,82	6,52	6,52	0,43	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>0,008*</b>
Sim	3,94	8,48	6,43	6,52	1,07	
Não	3,94	6,82	5,57	5,91	1,06	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,34
Extremamente	5,45	7,27	6,88	7,20	0,64	
Muito	3,94	8,18	6,42	6,36	1,09	
Pouco	4,55	8,48	6,43	6,52	1,14	
Neutro	4,70	5,45	5,08	5,08	0,54	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$

Na Tabela 16, destaca-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Integralidade – serviços prestados. Evidencia-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis localização da US, com médias menores para profissionais de US da zona rural, lotação profissional, com piores médias para a rede e participação de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses, com médias menores para aqueles que relataram não ter participado ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 16 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços prestados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,18
Distrito Sanitário I	2,04	9,81	6,41	6,67	1,68	
Distrito Sanitário II	3,70	9,44	6,86	6,48	1,74	
Distrito Sanitário III	1,30	9,44	6,00	6,11	2,03	
Tipo de US						0,14
UBS	3,70	6,67	5,33	5,19	1,25	
USF	2,04	9,81	6,71	7,22	1,90	
UMS	1,30	9,26	6,20	6,30	1,71	
Localização da US						<b>0,05*</b>
Urbana	1,30	9,81	6,33	6,48	1,82	
Rural	6,67	9,44	7,72	7,41	1,07	
Lotação do profissional						<b>0,02*</b>
ESF	2,04	9,81	6,63	6,67	1,70	
Rede	1,30	9,26	5,57	5,19	2,08	
Sexo						0,25
Feminino	1,30	9,81	6,54	6,48	1,87	
Masculino	3,70	9,07	6,07	6,48	1,63	
Profissão						0,93
Médico(a)	3,70	9,81	6,40	6,18	1,71	
Enfermeiro(a)	1,30	9,44	6,44	6,67	1,92	
Possui especialização e/ou residência						0,36
Sim	1,30	9,81	6,50	6,48	1,82	
Não	2,59	9,44	6,07	5,74	1,81	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,30
Sim	3,89	8,89	5,91	5,65	1,58	
Não	1,30	9,81	6,49	6,48	1,84	
Havia trabalhado na ESF						0,41
Sim	1,30	9,81	6,58	6,57	1,87	
Não	2,04	9,44	6,29	6,48	1,77	
Recebeu treinamento						0,39
Sim	2,04	9,44	6,67	6,67	1,92	
Não	1,30	9,81	6,33	6,48	1,78	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,67
Extremamente	6,48	8,52	7,50	7,50	1,44	
Muito	4,63	8,89	6,45	6,25	1,41	

Tabela 16 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Integralidade – serviços prestados - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Pouco	2,04	9,44	6,51	6,67	2,14	<b>0,03*</b>
Neutro	6,67	9,44	8,06	8,06	1,96	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>0,03*</b>
Sim	1,30	9,81	6,56	6,67	1,83	0,55
Não	3,15	7,22	5,42	5,64	1,41	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,55
Extremamente	5,37	9,81	6,97	6,39	1,55	
Muito	1,30	9,44	6,68	6,67	1,94	
Pouco	2,59	9,07	6,36	6,67	1,69	
Neutro	3,89	5,74	4,81	4,81	1,31	

Fonte: Dados deste estudo

\* $p \leq 0,05$

Na Tabela 17, ressalta-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Orientação familiar. Evidencia-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis tipo de US, com piores médias para UBS, lotação profissional, com piores médias para a rede, contribuição do treinamento para o aperfeiçoamento profissional, com médias menores para quem relatou “muito” e participação de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses, com médias menores para aqueles que relataram não ter participado ( $p \leq 0,05$ ). Em relação à variável tipo de US, foi significativo entre UBS e USF e UBS e UMS e, sobre a variável contribuição do treinamento para o aperfeiçoamento profissional, foi significativo entre quem relatou ter contribuído muito e pouco.

Tabela 17 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação familiar - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,31
Distrito Sanitário I	2,14	9,76	6,95	7,26	1,96	<b>&lt;0,001*</b>
Distrito Sanitário II	1,67	10,00	7,53	8,33	2,27	
Distrito Sanitário III	3,33	10,00	7,55	7,62	1,73	
Tipo de US						<b>&lt;0,001*</b>
UBS	1,67	6,19	3,76	2,86	1,96	
USF	2,14	10,00	7,73	8,21	1,81	
UMS	2,62	10,00	7,14	7,14	1,84	
Localização da US						0,25
Urbana	1,67	10,00	7,23	7,38	2,02	

Tabela 17 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação familiar - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	<i>p</i>
Rural	5,48	10,00	8,13	8,10	1,42	
Lotação do profissional						<b>&lt;0,001*</b>
ESF	2,62	10,00	7,78	8,10	1,60	
Rede	1,67	9,05	5,27	5,00	2,24	
Sexo						0,09
Feminino	2,62	10,00	7,48	7,62	1,91	
Masculino	1,67	9,29	6,73	7,14	2,17	
Profissão						0,94
Médico(a)	1,67	10,00	7,27	7,50	2,16	
Enfermeiro(a)	2,62	10,00	7,30	7,62	1,85	
Possui especialização e/ou residência						0,42
Sim	1,67	10,00	7,36	7,62	1,94	
Não	2,62	9,52	6,95	7,86	2,26	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,60
Sim	2,62	9,76	7,00	8,10	2,58	
Não	1,67	10,00	7,32	7,50	1,92	
Havia trabalhado na ESF						0,50
Sim	1,67	10,00	7,44	7,74	1,92	
Não	2,62	10,00	7,17	7,38	2,06	
Recebeu treinamento						0,87
Sim	2,14	10,00	7,24	7,74	2,19	
Não	1,67	10,00	7,31	7,50	1,93	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						<b>0,007*</b>
Extremamente	6,67	9,29	7,98	7,98	1,85	
Muito	2,86	7,86	4,90	4,76	1,81	
Pouco	2,14	10,00	7,87	8,33	1,84	
Neutro	7,38	10,00	8,69	8,69	1,85	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>&lt;0,001*</b>
Sim	1,67	10,00	7,54	7,86	1,88	
Não	2,14	8,57	5,44	5,24	1,91	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,70
Extremamente	5,48	9,76	8,07	8,57	1,49	
Muito	1,67	10,00	7,43	7,62	1,95	
Pouco	2,62	10,00	7,85	8,10	1,72	
Neutro	3,33	6,67	5,00	5,00	2,36	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 18, demonstra-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao atributo Orientação comunitária. Observa-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis tipo de US, com piores médias para a UBS, lotação profissional, com médias menores para os profissionais de rede e se recebeu treinamento pelo município, com médias

menores para aqueles que relataram ter recebido ( $p \leq 0,05$ ). Em relação à variável tipo de US, foi significativo entre UBS e USF e UBS e UMS.

Tabela 18 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação comunitária - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

						(continua)
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						1,00
Distrito Sanitário I	2,70	8,89	6,29	6,59	1,49	
Distrito Sanitário II	2,22	9,05	6,33	6,83	1,81	
Distrito Sanitário III	3,02	8,73	6,30	6,35	1,36	
Tipo de US						<b>0,002*</b>
UBS	2,38	5,24	4,38	4,76	1,14	
USF	3,02	9,05	6,68	6,90	1,52	
UMS	2,22	8,10	6,07	6,35	1,42	
Localização da US						0,17
Urbana	2,22	9,05	6,25	6,51	1,55	
Rural	5,24	8,89	7,07	7,14	1,31	
Lotação do profissional						<b>0,003*</b>
ESF	2,22	9,05	6,52	6,67	1,48	
Rede	2,38	8,25	5,41	5,08	1,51	
Sexo						0,71
Feminino	2,22	9,05	6,34	6,67	1,66	
Masculino	4,13	8,41	6,21	6,51	1,15	
Profissão						0,26
Médico(a)	2,22	8,89	6,48	6,67	1,26	
Enfermeiro(a)	2,38	9,05	6,15	6,35	1,75	
Possui especialização e/ou residência						0,56
Sim	2,22	9,05	6,35	6,67	1,51	
Não	2,38	8,41	6,12	6,19	1,70	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,52
Sim	3,02	7,62	6,03	6,51	1,29	
Não	2,22	9,05	6,34	6,59	1,57	
Havia trabalhado na ESF						0,16
Sim	3,49	8,89	6,54	6,67	1,38	
Não	2,22	9,05	6,12	6,43	1,65	
Recebeu treinamento						<b>0,04*</b>
Sim	3,97	8,89	6,79	6,98	1,47	
Não	2,22	9,05	6,12	6,35	1,54	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,54
Extremamente	4,92	7,14	6,03	6,03	1,57	
Muito	4,76	8,73	6,37	5,71	1,31	
Pouco	3,97	8,89	6,91	6,98	1,54	
Neutro	6,83	8,89	7,86	7,86	1,46	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						0,18
Sim	2,22	9,05	6,38	6,67	1,51	
Não	2,38	8,41	5,76	6,19	1,74	

Tabela 18 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o atributo Orientação comunitária - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,36
Extremamente	4,60	7,94	6,35	6,67	1,19	
Muito	2,22	9,05	6,56	6,83	1,60	
Pouco	2,70	8,57	6,11	6,35	1,40	
Neutro	4,29	5,08	4,68	4,68	0,56	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 19, verifica-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao escore essencial. Observa-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis localização da US, com piores médias para a zona rural, lotação profissional, com médias menores para a rede e participação de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses, com médias piores para aqueles que relataram não ter participado ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 19 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore essencial - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,76
Distrito Sanitário I	3,74	7,45	5,50	5,43	0,81	
Distrito Sanitário II	4,07	7,13	5,65	5,74	0,92	
Distrito Sanitário III	3,74	7,52	5,57	5,45	0,95	
Tipo de US						0,12
UBS	4,50	5,59	5,03	5,08	0,41	
USF	3,74	7,52	5,71	5,81	0,95	
UMS	3,74	7,45	5,45	5,40	0,79	
Localização da US						<b>0,05*</b>
Urbana	3,74	7,52	5,52	5,44	0,88	
Rural	5,34	6,73	6,19	6,19	0,56	
Lotação do profissional						<b>&lt;0,001*</b>
ESF	3,74	7,52	5,71	5,69	0,85	
Rede	3,74	6,34	4,97	5,03	0,73	
Sexo						0,64
Feminino	3,74	7,52	5,59	5,48	0,90	
Masculino	3,84	6,92	5,50	5,51	0,81	
Profissão						0,11
Médico(a)	3,84	7,13	5,71	5,71	0,81	
Enfermeiro(a)	3,74	7,52	5,44	5,37	0,92	
Possui especialização e/ou residência						0,46
Sim	3,74	7,52	5,59	5,60	0,87	
Não	3,74	7,04	5,43	5,03	0,92	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,89

Tabela 19 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore essencial - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Sim	4,59	6,40	5,53	5,46	0,65	
Não	3,74	7,52	5,57	5,50	0,90	
Havia trabalhado na ESF						0,22
Sim	3,84	7,13	5,68	5,69	0,84	
Não	3,74	7,52	5,47	5,41	0,90	
Recebeu treinamento						0,46
Sim	3,84	7,45	5,66	5,53	0,86	
Não	3,74	7,52	5,53	5,50	0,89	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,85
Extremamente	5,22	5,80	5,51	5,51	0,41	
Muito	4,47	6,73	5,50	5,41	0,75	
Pouco	3,84	7,45	5,69	5,61	0,91	
Neutro	5,08	7,13	6,10	6,10	1,45	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>0,03*</b>
Sim	3,74	7,52	5,63	5,61	0,88	
Não	3,84	6,21	5,07	5,05	0,69	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,23
Extremamente	4,24	7,00	5,58	5,67	0,78	
Muito	3,74	7,52	5,74	5,84	0,92	
Pouco	3,74	7,07	5,53	5,40	0,81	
Neutro	4,07	4,84	4,46	4,46	0,54	

Fonte: Dados deste estudo

\* $p \leq 0,05$ 

Na Tabela 20, ressalta-se a associação entre as características sociodemográficas e profissionais em relação ao escore geral. Verifica-se que houve associação entre o atributo em relação às variáveis tipo de US, com piores médias para UBS, lotação profissional, com piores médias para a rede e participação de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses, com médias menores para aqueles que relataram não ter participado ( $p \leq 0,05$ ). Em relação às demais variáveis, não houve significância estatística. No que diz respeito à variável tipo de US, foi significativo entre UBS e USF.

Tabela 20 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore geral - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)						
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	$p$
Distrito Sanitário da US						0,68
Distrito Sanitário I	3,47	7,73	5,78	5,85	0,89	
Distrito Sanitário II	4,14	7,71	5,97	6,21	1,08	
Distrito Sanitário III	3,95	7,84	5,91	5,99	0,98	

Tabela 20 – Análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre o escore geral - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

						(conclusão)
Variáveis	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Mediana	DP	<i>p</i>
Tipo de US						<b>0,006*</b>
UBS	4,18	5,54	4,79	4,75	0,60	
USF	3,67	7,84	6,08	6,28	1,02	
UMS	3,47	7,73	5,74	5,64	0,84	
Localização da US						0,06
Urbana	3,47	7,84	5,83	5,86	0,97	
Rural	5,54	7,20	6,54	6,45	0,61	
Lotação do profissional						<b>&lt;0,001*</b>
ESF	3,47	7,84	6,07	6,15	0,90	
Rede	3,67	6,80	5,06	5,03	0,83	
Sexo						0,41
Feminino	3,47	7,84	5,92	5,92	0,99	
Masculino	3,67	6,93	5,74	5,99	0,90	
Profissão						0,20
Médico(a)	3,67	7,71	6,00	6,02	0,92	
Enfermeiro(a)	3,47	7,84	5,76	5,82	1,00	
Possui especialização e/ou residência						0,41
Sim	3,67	7,84	5,91	6,03	0,95	
Não	3,47	7,39	5,70	5,34	1,05	
Possui mestrado e/ou doutorado						0,72
Sim	4,65	6,86	5,77	5,81	0,85	
Não	3,47	7,84	5,88	5,96	0,99	
Havia trabalhado na ESF						0,20
Sim	3,67	7,71	6,01	6,06	0,92	
Não	3,47	7,84	5,76	5,70	1,00	
Recebeu treinamento						0,39
Sim	3,67	7,73	6,00	6,02	0,97	
Não	3,47	7,84	5,82	5,87	0,97	
O treinamento contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,44
Extremamente	5,37	6,40	5,89	5,89	0,73	
Muito	4,63	6,93	5,53	5,32	0,83	
Pouco	3,67	7,73	6,12	6,07	0,99	
Neutro	5,58	7,71	6,65	6,65	1,50	
Participou de alguma capacitação em serviço nos últimos 12 meses						<b>0,008*</b>
Sim	3,47	7,84	5,96	6,05	0,95	
Não	3,67	6,78	5,21	5,25	0,89	
A capacitação contribuiu para o aperfeiçoamento profissional						0,24
Extremamente	4,79	7,46	5,99	5,99	0,79	
Muito	3,95	7,84	6,05	6,16	1,00	
Pouco	3,47	7,53	5,90	5,88	0,87	
Neutro	4,42	4,68	4,55	4,55	0,18	

Fonte: Dados deste estudo

\*  $p \leq 0,05$

Na tabela 21, estão apresentadas as correlações entre as variáveis quantitativas e os atributos da APS. Percebe-se que a correlação entre a variável idade e o atributo Orientação familiar apresentou uma correlação negativa moderada, indicando que quanto maior a idade do profissional menor é o escore desse atributo. As demais correlações significativas ( $p \leq 0,05$ ) apresentaram-se como correlações negativas fracas.

Em relação à variável tempo de formação, a mesma apresentou correlações negativas fracas com os atributos: Acesso de primeiro contato – acessibilidade, Coordenação - sistemas de informação, Integralidade - serviços disponíveis, Orientação familiar e o escore geral, evidenciando que quanto maior o tempo de formação menor os escores dos atributos e o escore geral.

No que diz respeito à variável tempo de atuação e o atributo Orientação familiar, os mesmos apresentaram uma correlação negativa moderada, indicando que à medida que aumenta o tempo de atuação do profissional, diminui o escore desse atributo. As demais correlações significativas ( $p \leq 0,05$ ) constam-se como correlações negativas fracas.

Quanto à variável número de consultas, as correlações apresentaram-se como positivas fracas em relação aos atributos: Acesso de primeiro contato – acessibilidade, Integralidade - serviços disponíveis e Orientação familiar, evidenciando que quanto maior o número de consultas realizadas pelos profissionais, maior os escores desses atributos.

Em relação à variável carga horária, a mesma apresentou uma correlação negativa moderada com os atributos: Integralidade - serviços disponíveis, Orientação familiar e os escores essencial e geral, indicando que quanto maior a carga horária do profissional, menor os escores desses atributos. As demais correlações significativas ( $p \leq 0,05$ ) apresentaram-se como correlações negativas fracas.

Tabela 21 – Análise das correlações entre variáveis demográficas e profissionais e escores dos atributos - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

Atributo	(continua)					
	Idade		Tempo de formação		Tempo de atuação	
	r	p	r	p	r	p
Acesso de primeiro contato - acessibilidade	-0,20	<b>0,04*</b>	-0,21	<b>0,03*</b>	-0,28	<b>0,004*</b>
Longitudinalidade	0,14	0,16	0,14	0,14	0,04	0,66
Coordenação - integração de cuidados	1,00	0,31	0,04	0,71	0,07	0,45

Tabela 21 – Análise das correlações entre variáveis demográficas e profissionais e escores dos atributos - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continuação)

Atributo	Idade		Tempo de formação		Tempo de atuação	
	r	p	r	p	r	p
Coordenação -sistemas de informação	-0,22	<b>0,02*</b>	-0,22	<b>0,02*</b>	-0,17	0,08
Integralidade - serviços disponíveis	-0,20	<b>0,04*</b>	-0,23	<b>0,02*</b>	-0,17	0,08
Integralidade - serviços prestados	-0,14	0,15	-0,08	0,42	-0,05	0,60
Orientação familiar	-0,33	<b>&lt;0,001*</b>	-0,28	<b>0,004*</b>	-0,30	<b>0,002*</b>
Orientação comunitária	-0,16	0,10	-0,18	0,06	-0,14	0,14
Escore essencial	-0,13	0,18	-0,13	0,18	-0,12	0,21
Escore Geral	-0,20	<b>0,04*</b>	-0,20	<b>0,04*</b>	-0,19	<b>0,05*</b>

Tabela 21 – Análise das correlações entre variáveis demográficas e profissionais e escores dos atributos - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)

Atributo	Número de consultas		Carga horária	
	r	p	r	p
Acesso de primeiro contato - acessibilidade	0,21	<b>0,03*</b>	-0,21	<b>0,03*</b>
Longitudinalidade	0,01	0,89	-0,22	<b>0,02*</b>
Coordenação - integração de cuidados	-0,004	0,97	0,03	0,77
Coordenação -sistemas de informação	0,18	0,06	-0,15	0,11
Integralidade - serviços disponíveis	0,22	<b>0,02*</b>	-0,44	<b>&lt;0,001*</b>
Integralidade - serviços prestados	-0,01	0,89	-0,27	<b>0,004*</b>
Orientação familiar	0,20	<b>0,04*</b>	-0,49	<b>&lt;0,001*</b>
Orientação comunitária	-0,01	0,89	-0,24	<b>0,01*</b>
Escore essencial	0,16	0,16	-0,32	<b>0,001*</b>
Escore Geral	0,14	0,15	-0,39	<b>&lt;0,001*</b>

Fonte: Dados deste estudo

\* A correlação é significativa no nível 0,05

Considerando o escore total da qualidade, pode-se observar na tabela 22 que os preditores estatisticamente significativos foram: lotação profissional (-0,39; <0,001) e profissão (-0,20; 0,03), indicando que os profissionais lotados na rede e os enfermeiros, obtiveram menor escore médio da qualidade da APS.

Tabela 22 - Resultado da análise de regressão linear, tendo-se como desfecho os atributos da APS, os escores essencial e geral e as variáveis profissionais - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(continua)

Atributo	Lotação profissional		Profissão		Possui especialização e/ou residência		Tempo de atuação na US	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	-0,17	0,08	0,29	<b>0,003*</b>	0,02	0,84	-0,18	0,07
Longitudinalidade	-0,32	<b>0,001*</b>	-0,32	<b>0,001*</b>	-0,02	0,82	0,08	0,38
Coordenação – Integração de Cuidados	-0,07	0,51	-0,35	<b>0,001*</b>	-0,09	0,37	0,03	0,79

Tabela 22 - Resultado da análise de regressão linear, tendo-se como desfecho os atributos da APS, os escores essencial e geral e as variáveis profissionais - Uberaba-MG, Brasil, 2018.

(conclusão)

Atributo	Lotação profissional		Profissão		Possui especialização e/ou residência		Tempo de atuação na US	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Coordenação – Sistema de Informação	-0,11	0,25	-0,27	<b>0,008*</b>	-0,16	0,11	-0,20	<b>0,05*</b>
Integralidade – Serviços Disponíveis	-0,40	<b>&lt;0,001*</b>	0,007	0,94	-0,11	0,24	-0,06	0,54
Integralidade – Serviços Prestados	-0,23	<b>0,02*</b>	-0,03	0,79	-0,09	0,36	0,006	0,95
Orientação familiar	-0,45	<b>&lt;0,001*</b>	-0,08	0,38	-0,11	0,22	-0,19	<b>0,04*</b>
Orientação Comunitária	-0,26	<b>0,008*</b>	-0,17	0,09	-0,11	0,28	-0,10	0,31
Escore essencial	-0,33	<b>0,001*</b>	-0,22	<b>0,02*</b>	-0,13	0,17	-0,07	0,46
Escore Geral	-0,39	<b>&lt;0,001*</b>	-0,20	<b>0,03*</b>	-0,14	0,14	-0,12	0,22

Fonte: Dados deste estudo

\* A correlação é significativa no nível 0,05

## 7 DISCUSSÃO

A discussão a seguir, organiza-se nos seguintes tópicos: características sociodemográficas e profissionais; respostas dos profissionais referentes a cada um dos atributos do instrumento; escores obtidos em cada atributo, o escore essencial e o escore geral de cada US e análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos essenciais e derivados da APS.

### 7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Com a finalidade de conhecer as características sociodemográficas e profissionais, esse estudo mostrou que há predominância de profissionais do sexo feminino, corroborando com estudos anteriores (SANTOS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2016; MARINHO et al., 2015; CASTRO et al., 2012) que reforçam a feminização das profissões na área da saúde. Devido à expansão do acesso a escolaridade, diminuição do número de filhos e a conquista de direitos no mercado de trabalho, impulsionaram a mulher a ocupar cargos na saúde e essa é uma realidade irreversível (COSTA et al., 2013; FERRARI et al., 2005).

A média de idade constatada nesse estudo foi semelhante à verificada no estudo de Santos et al. (2017). Em contraste, outro estudo evidenciou a prevalência de profissionais mais jovens atuando na APS, muito devido às mudanças nos currículos de graduação e ao incentivo oferecido pelos MS e Educação através do Programa Pró-Saúde, aproximando os jovens às realidades do SUS, estimulando-os a trabalhar nesses espaços (COSTA et al., 2013).

No que se refere à formação acadêmica dos profissionais (especialização e/ou residência), os resultados desse estudo estão em consonância com outros estudos que constataram uma tendência dos profissionais em buscar qualificação, por meio dos cursos de pós-graduação para atuar na APS (COSTA et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013; HAUSER et al., 2013; CASTRO et al., 2012). Ademais, é importante salientar que o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) lançado em 2011, pelo MS, contribuiu para essa realidade. E, mais recentemente, com o Programa Mais Médicos, o MS e o da Educação reforçou a importância e a obrigatoriedade da especialização em Medicina de Família e

Comunidade para os médicos, contribuindo para a o aumento de especialistas na APS (NORMAN; NORMAN, 2013).

Em relação ao tempo de formado, os resultados dessa pesquisa aproximam-se do verificado no estudo de Castro et al. (2012) em que os profissionais das UBS obtiveram média de 20 anos e os da ESF 11 anos. Quanto ao tempo de atuação na US, foi semelhante ao encontrado no estudo de Marinho et al. (2015).

No que diz respeito à carga horária, a nova PNAB (BRASIL, 2017) estabeleceu diferentes possibilidades para jornada de trabalho; porém, nesse estudo prevaleceu a carga horária de 40h semanais que é o preconizado para os profissionais atuantes na ESF e que corresponde à maioria dos entrevistados desse estudo.

Quanto ao número médio de consultas médicas e de enfermagem realizadas semanalmente, o constatado nesse estudo se aproximou do número médio de consultas verificado no estudo de Castro et al. (2012), que foi 74,7 em unidades com ESF e 58,4 em UBS.

Em relação ao treinamento introdutório e à experiência anterior de atuação profissional na APS, o cenário encontrado na pesquisa aproxima-se do evidenciado no estudo de Marinho et at. (2015), em que apenas 35,7% dos entrevistados afirmaram ter recebido treinamento dado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O treinamento é considerado de grande importância ao profissional, uma vez que o aproxima do ambiente de trabalho, auxilia na ambientação e segurança quanto aos processos de trabalho e, segundo Cotta et al. (2006), o treinamento introdutório, dada a sua importância, não se trata apenas de uma orientação aos profissionais, mas do início da educação permanente.

Essa realidade destoa-se em relação às capacitações em serviço, cursos ou eventos no último ano, já que a maioria dos entrevistados afirmou ter participado de algumas dessas. Em outro estudo, foi encontrada baixa adesão às capacitações por parte dos profissionais e esse cenário é contrário ao que o SUS propõe no que diz respeito à importância da educação permanente na APS (COSTA et al., 2013).

## 7.2 RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS REFERENTES A CADA UM DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO

Dentre as perguntas que constam o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade, a maioria das profissionais avaliou de maneira negativa os itens correspondentes, refletindo a realidade do município estudado, principalmente no que diz respeito ao horário de funcionamento das US e à comunicação dos pacientes com os profissionais. Os usuários que desejam ter acesso aos serviços das US devem procurar atendimento em horário comercial, de segunda a sexta-feira. Outro entrave ao acesso é a não disponibilidade de comunicação dos pacientes em períodos noturnos ou finais de semana, principalmente quando se trata de eventos agudos. Essa é uma realidade da APS brasileira, fato que contribui para a procura de serviços de pronto-atendimento, o que enfraquece o vínculo do usuário com as US (SILVA et al., 2014; CHOMATAS et al., 2013).

Em relação ao atributo Longitudinalidade, os profissionais avaliaram de modo positivo, com exceção dos itens acerca do conhecimento dos profissionais sobre com quem moram os pacientes, qual o trabalho ou emprego deles e se no serviço os usuários são sempre atendidos pelo mesmo profissional. No município onde o estudo foi realizado, há a particularidade de que na mesma US há profissionais vinculados à ESF e profissionais de rede. O segundo atende demandas espontâneas e agendamentos de usuários tanto da área adstrita como aqueles que não o são. Além disso, esses profissionais não têm a obrigatoriedade de realização de visitas domiciliares, grupos comunitários, educação em saúde, dentre outras ações preconizadas pela PNAB para a ESF.

Esse fato pode ter contribuído para avaliações negativas nos itens mencionados, uma vez que os profissionais de rede não possuem vínculo com os pacientes e isso dificultaria o conhecimento sobre a estrutura familiar do usuário, assim como o trabalho ou emprego de cada paciente. Em outro estudo foram verificadas avaliações positivas para esse escore, mas baixo conhecimento dos profissionais sobre o histórico e as condições de vida dos pacientes atendidos, aproximando-se do verificado nessa pesquisa (SILVA et al., 2015).

O atributo Coordenação é avaliado separadamente, por meio dos escores para “Integração dos cuidados”, que versa sobre o acesso do usuário às informações, ou seja, sobre os processos, e o “Sistema de informações”, que retrata o fluxo das informações entre a US e o especialista ou serviço especializado, considerando a estrutura (MARINHO et al., 2015; CASTRO et al., 2012). Os dois componentes receberam avaliações negativas e destacam-se os itens que dizem

respeito à comunicação e entrega de exames, conhecimento dos profissionais sobre consultas especializadas realizadas pelos pacientes e a contrarreferência.

No modelo de APS do município é preconizado que, com exceção de exames específicos que são feitos e entregues na própria US, como por exemplo: teste do pezinho e citológico, nos demais os pacientes precisam ir até o laboratório buscar o resultado para levá-lo no dia da consulta agendada, fato esse que pode dificultar o retorno e continuidade do acompanhamento do paciente. Além disso, na opinião dos profissionais, é necessária uma retroalimentação que auxilie na integração dos cuidados, uma vez que, atualmente, eles não têm acesso às consultas dos pacientes realizadas com especialistas. Os enfermeiros especificamente referiram, ainda, mais um entrave no acesso a essas informações, pois no município estudado somente os médicos conseguem acessar ao prontuário eletrônico, enquanto que os enfermeiros utilizam o prontuário de papel.

Além disso, foram apontadas falhas no serviço de contrarreferência, pois 80,6% dos profissionais da APS referiram “com certeza sim”, quando questionados sobre o fornecimento de informação escrita para o paciente levar ao especialista e, em contrapartida, 83,3% afirmaram “com certeza não” em relação ao fato de receber dos especialistas informações úteis sobre o paciente encaminhado. Um estudo realizado em um município do Estado do Espírito Santo e outro em um município de MG também verificaram falhas no sistema de referência e contrarreferência, refletindo uma dificuldade comum entre diferentes modelos de APS no Brasil (LIMA et al., 2016; SILVA et al., 2015).

O atributo Integralidade abrange dois segmentos, quais sejam: “Serviços disponíveis” e “Serviços prestados”. No primeiro, constatou-se que a maioria das US fornece os serviços de aconselhamento, imunização, planejamento familiar, cuidados para a saúde bucal e cuidados pré-natais, mas também foi identificado que os procedimentos de sutura, colocação de tala, remoção de verrugas, remoção de unha encravada e a identificação de problemas auditivos e visuais não estão presentes na maioria das US. No município em questão, a SMS concentrou os pequenos procedimentos no pronto-atendimento e com relação à identificação de problemas auditivos e visuais faltam equipamentos e instrumentos adequados na APS. Em relação ao segmento “Serviços prestados”, houve uma porcentagem considerável de profissionais que relataram “com certeza não” e “provavelmente não” para o item que dizia respeito a discutir com os pacientes sobre tópicos de

segurança tanto para crianças menores de 6 anos, quanto para aquelas entre 6 e 12 anos e para o aconselhamento sobre armas de fogo.

As causas externas (CE) que incluem: agressões, homicídios, suicídios e acidentes de transporte terrestre impactam no aumento do número de internações e custos para o SUS (BRASIL, 2015; TOMIMATSU et al., 2009). Dessa forma, torna-se imprescindível a educação no trânsito, o aconselhamento sobre o uso de armas e outros tópicos de segurança na APS, visando à redução de custos e ao aumento no número de leitos para causas naturais que demandam menos recursos para o sistema de saúde (BRASIL, 2015).

No ranking dos 20 municípios com os maiores quantitativos de registros de acidentes de trânsito, com pelo menos uma vítima “fatal” ou “grave ou inconsciente”, no Estado de MG, entre os anos de 2014 e 2015, o município de Uberaba permaneceu na nona classificação, registrando no ano de 2014, 224 acidentes fatais e graves e no ano seguinte obteve 182 registros. Em relação aos acidentes de trânsito com e sem vítimas, em 2014 o município registrou 12.230 casos e, em 2015, 11.857 casos. Apesar de uma queda de -3,05%, Uberaba é responsável por 4,21% dos acidentes de trânsito registrados em MG no mesmo período (MINAS GERAIS, 2015). Esses dados reforçam a necessidade de se implementar serviços e ações que promovam a conscientização dos cidadãos e, conseqüentemente, mais segurança e menos custos para o sistema de saúde brasileiro.

Em relação ao atributo Orientação familiar, os profissionais avaliaram de maneira negativa apenas o item que versa sobre o uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar. Esses instrumentos são fundamentais aos profissionais para o atendimento integral, uma vez que possibilitam a visualização e identificação das famílias, os laços de afetividade, os problemas clínicos e familiares e as relações entre os membros (NOGUEIRA et al., 2017).

O último atributo avaliado foi a Orientação comunitária e na perspectiva dos profissionais, os itens que tratam sobre a atuação da US com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos, o vínculo e o envolvimento da US com organizações religiosas e líderes comunitários, bem como a presença de ACS ou membros no conselho gestor/conselho distrital de saúde receberam avaliações negativas. Sendo assim, os resultados apontam falhas na participação e no controle social e sugere que os mesmos não estão totalmente incorporados nas

US do município, realidade essa também encontrada no estudo de Silva et al. (2015).

### 7.3 ESCORES OBTIDOS EM CADA ATRIBUTO, O ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL DAS US

A avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros demonstra que, com exceção dos atributos Longitudinalidade e Orientação familiar, os demais apresentaram avaliações baixas (< 6,6) quanto à presença e extensão dos atributos que avaliam a qualidade da APS.

O acesso de primeiro contato-acessibilidade foi o atributo que apresentou a menor média de 3,33 ( $\pm 0,86$ ), confirmando os resultados de outros estudos (SANTOS et al., 2017; BATISTA et al., 2016; LIMA et al., 2016; MARTINS et al., 2016; MARINHO et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Esse baixo escore resulta em falhas no processo de acolhimento que inclui o acolher, ouvir e compreender as singularidades dos usuários, além de dificultar o estreitamento dos laços e o vínculo do profissional com o paciente (LIMA et al., 2016). O acesso configura uma das principais dificuldades a serem superadas na APS (BATISTA et al., 2016); ademais, é preciso considerá-lo indispensável à execução dos outros atributos (MARTINS et al., 2016; MARINHO et al., 2015).

Em relação ao PCATool, alguns itens que compõem o atributo Acesso versam sobre a disponibilidade de atendimento em horários noturnos e finais de semana, porém, essa pode ser uma limitação do instrumento ou pode realmente ser um entrave do modelo de saúde da APS no Brasil (BATISTA et al., 2016). Mitre e colaboradores (2012), a partir de um estudo de revisão, concluíram que a operacionalização do acesso, quando abordada em artigos, ainda traz uma visão reducionista e genérica ficando a discussão centrada nas questões de cobertura da US e no aumento de equipes atuando no território. Para tanto, é preciso superar as concepções teóricas genéricas sobre o assunto e as dificuldades na sua operacionalização (TESSER; NORMAN, 2014).

No que diz respeito ao atributo Longitudinalidade, o mesmo apresentou média alta (6,63) no escore da qualidade, corroborando com outros estudos (SANTOS et al., 2017; LIMA et al., 2016; MARINHO et al., 2015). A presença e a extensão adequadas desse atributo são primordiais para a APS, pois sugere maior

aproximação dos profissionais com os usuários e suas famílias, auxiliando na identificação das demandas com diagnósticos mais precisos, além de impactar na redução de encaminhamentos desnecessários a especialistas (SANTOS et al., 2017; MARINHO et al, 2015).

Sendo assim, a longitudinalidade pressupõe maior vinculação dos profissionais com a população, garantindo o acompanhamento dos pacientes em várias etapas da vida (LIMA et al., 2016).

Em relação aos atributos Coordenação – integração de cuidados e Coordenação – sistema de informação, ambos apresentaram médias abaixo do ponto de corte (< 6,6), indicando baixa presença e extensão desse atributo. Esse resultado divergiu de um estudo realizado em um município do Espírito Santo (LIMA et al., 2016) e com outro desenvolvido em um município de MG (SILVA et al., 2014).

A coordenação configura o estabelecimento e o acompanhamento dos fluxos assistenciais e principalmente a articulação entre os pontos de atenção que compõem a RAS e esse atributo é imprescindível às US, pois, como centro comunicador e organizador dessa rede, a APS se corresponsabiliza pelo atendimento integral e de qualidade do usuário (LIMA et al., 2016). Silva et al. (2014) acrescentam que sem uma efetiva coordenação dos serviços, a longitudinalidade e a integralidade seriam dificultadas e perderiam o alcance de atuação e o acesso se resumiria em uma função administrativa.

Os atributos Integralidade – serviços disponíveis e Integralidade – serviços prestados também apresentaram médias abaixo do ponto de corte refletindo baixa presença e extensão. Os resultados dessa pesquisa divergiram em relação a outros estudos que constataram avaliações positivas nos dois segmentos do atributo (LIMA et al., 2016; MARINHO et al, 2015; SILVA et al., 2014). Porém na pesquisa desenvolvida em um município de MG, os dados revelaram escore abaixo do ponto de corte com média de 6,44 para o segmento serviços disponíveis, se aproximando do evidenciado nesse estudo, porém alto escore para serviços prestados com a média de 7,75 (BATISTA et al., 2016).

A integralidade sugere a criação pelas US de fluxos de atendimentos e arranjos com os demais pontos de atenção da RAS, a fim de que o usuário receba todos os tipos de serviços dentro do sistema de saúde (MARINHO et al., 2015). E o baixo escore desse atributo revela que, na perspectiva dos profissionais, as ações em saúde disponíveis nas US nem sempre estão alinhadas às demandas da

população, com ações de promoção, prevenção e reabilitação e os serviços prestados ainda não são suficientes para o atendimento das necessidades locais e, conseqüentemente, para a integralidade da assistência (SANTOS et al., 2017; BATISTA et al., 2016; SILVA et al., 2014).

O atributo Orientação Familiar apresentou-se com o maior escore na avaliação da qualidade com média de 7,29. Esse resultado está em conformidade com outros estudos que também evidenciaram altos escores nesse atributo, como na pesquisa realizada em um município do Estado de Goiás, em que foi obtida a média de 8,7 para o atributo em questão; em um estudo no município de Belo Horizonte a média foi de 8,05 e no Espírito Santo foi verificada a média de 9,07 para orientação familiar (SANTOS et al., 2017; BATISTA et al., 2016; LIMA et al., 2016). Apesar do resultado dessa pesquisa estar em concordância com os estudos acima mencionados, cujas médias foram superiores ao ponto de corte, ainda sim o escore detectado no município dessa pesquisa encontra-se abaixo das demais localidades.

Se tratando da Orientação familiar, é importante salientar que a maior presença e extensão desse atributo indicam que, nas US, a família e as relações entre os membros que a compõem são vistas como o centro das ações em saúde (BATISTA et al., 2016). Ademais, esse atributo sugere maior interação dos profissionais para com suas famílias, facilitando a compressão dos diagnósticos e da estrutura familiar (LIMA et al., 2016).

O atributo Orientação comunitária diz respeito ao conhecimento da APS sobre as necessidades em saúde da comunidade e o mesmo apresentou baixo escore, com média de 6,31, assim como nos estudos de Batista et al. (2016) e Turci et al. (2015). Porém, outras pesquisas obtiveram altos escores nesse atributo, refletindo maior entendimento das equipes sobre as demandas da população, a partir da consideração do ambiente social, econômico e cultural em que estão inseridos (SANTOS et al., 2017; LIMA et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013).

Na análise dos escores essencial e geral, as médias obtidas nesse estudo ficaram abaixo do ponto de corte para a qualidade da APS, apresentando respectivamente médias de 5,56 e 5,87. Os resultados encontrados não estão em concordância com os achados em outros estudos, uma vez que foram evidenciados alguns atributos com médias baixas, porém com os escores essencial e geral altos (PENSO et al., 2017; SANTOS et al., 2017; BATISTA et al., 2016; LIMA et al., 2016; SILVA et al., 2014).

Dessa forma, nesse estudo a média obtida pelo escore geral da APS indica que os atributos não estão presentes em sua totalidade e não possuem extensão adequada e, além disso, que há fraca orientação das US para a APS na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros, indicando baixa qualidade desse nível de atenção.

#### 7.4 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS SOBRE OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS

No modelo bivariado observou-se que algumas variáveis apresentaram significância estatística em relação ao escore geral dos atributos da APS.

A correlação da idade com o baixo escore geral da qualidade da APS não é muito bem explicada, já que outros estudos de avaliação detectaram alto escore da qualidade com profissionais abaixo da média de idade desse estudo como também profissionais com idades superiores (SANTOS et al., 2017; CASTRO et al., 2012). Porém, é importante destacar que no estudo de Castro et al. (2012), foi evidenciado que os profissionais da ESF tendem a ser mais jovens e com menos tempo de formação.

Em relação ao tempo de atuação, é esperado que quanto maior o tempo de trabalho nas US, melhores os resultados de avaliação e que, conseqüentemente, haverá maior presença e extensão dos atributos da APS (SANTOS, 2017). Porém, os achados nessa pesquisa não corroboram com os resultados de Chomatas et al. (2013) que verificaram associação entre a presença de alto escore geral da APS com a variável tempo de atuação. Nessa mesma pesquisa, foi verificado que as US com ESF produziram melhores escores da qualidade, assim como ter especialização, maior carga horária, ter formação em medicina de família ou enfermagem comunitária. Na análise bivariada dessa pesquisa, o tempo de atuação, tempo de formação, carga horária e lotação profissional esteve associado ao baixo escore geral da qualidade.

Nesse estudo, foi verificado que profissionais da rede contribuíram para escores baixos na avaliação da qualidade da APS, confirmando os resultados nos estudos de Martins et al. (2016), Araújo et al. (2015), Chomatas et al. (2013) e Castro et al. (2012), que verificaram maior presença e extensão dos atributos da APS em US com ESF.

A maior consolidação dos atributos na ESF é evidenciada, já que o processo de trabalho se baseia na maior vinculação territorial, aproximação da US com as famílias, serviços em saúde de acordo com as demandas da população atendida e melhor execução de práticas que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças (MARTINS et al., 2016; ARAÚJO et al., 2015).

Além disso, foi verificado nesse estudo que ser enfermeiro refletiu em médias menores que as dos médicos, o que contribuiu para o baixo escore geral da qualidade. O enfermeiro da APS assumiu responsabilidades que vão além da assistência direta ao paciente; hoje esse profissional é incumbido também da realização das educações em saúde e do gerenciamento das US (GALAVOTE et al., 2016). Matumoto et al. (2011) complementam que as atividades de gerenciamento são predominantes na atuação do enfermeiro. Esse ocorrido nos faz refletir sobre o distanciamento desse profissional da assistência ao paciente, podendo justificar o achado desse estudo, em que ser enfermeiro esteve associado com o baixo escore geral, diferente do encontrado no estudo de Chomatas et al. (2013), em que os médicos que eram os responsáveis pela diminuição da prevalência do alto escore da qualidade.

A variável ter participado de capacitação em serviço nos últimos 12 meses também apresentou significância estatística na análise bivariada e contribuiu para o baixo escore geral da APS. Esse fato sugere que melhorias sejam feitas no planejamento da educação continuada para que sejam oferecidas capacitações coerentes com as demandas da população atendida e que resultem em melhorias na execução dos atributos da APS.

Nesta pesquisa, era esperado encontrar escores mais elevados na avaliação dos atributos relacionados à qualificação dos profissionais, uma vez que a maioria deles possuía esse tipo de formação. No entanto, essa variável não teve associação com nenhum dos escores, fato esse que vai de encontro aos demais estudos que verificaram que profissionais mais qualificados tendem a avaliar melhor a APS (SILVA et al., 2014; CHOMATAS et al., 2013; CASTRO et al., 2012). E Castro et al. (2012) completa dizendo que ter especialidade em APS aumenta em 30% a probabilidade de se obter escore geral elevado.

A partir dos resultados encontrados e selecionando as variáveis lotação profissional, profissão, possuir especialização e/ou residência e tempo de atuação na US, foi realizada a análise multivariável para traçar um modelo explicativo final.

As variáveis que apresentaram significância estatística e que estiveram associadas ao baixo escore geral da APS foram: lotação profissional, ratificando que a ESF é o modelo de atenção à saúde mais adequado para a execução dos atributos e a variável profissão que sugere um distanciamento do enfermeiro da assistência direta ao paciente e que, portanto, também contribuiu para o baixo escore geral da qualidade. Sendo assim, os resultados encontrados demonstram uma fraca orientação à APS, sugerindo falhas no sistema de saúde que podem impactar na assistência integral e eficaz aos usuários.

Ressalta-se que o instrumento PCATool utilizado na coleta de dados possibilita a avaliação da qualidade, bem como comparar diferentes modelos de saúde e, como no município estudado existem profissionais da ESF e aqueles da rede presentes tanto nas UMS como nas USF, atuando sob a administração dos mesmos órgãos, que no caso são a prefeitura e a SMS, foi possível realizar as comparações.

Ainda assim, torna-se imprescindível destacar as limitações do estudo. Primeiramente, no que diz respeito ao desenho metodológico, pois, na pesquisa quantitativa pode ser ignorado o fator subjetivo dos profissionais e, além disso, não foi considerada a perspectiva dos usuários. Portanto, sugere-se que outros estudos contemplem a população atendida para o aprofundamento das discussões sobre a avaliação da qualidade no município estudado.

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a qualidade da APS no município de Uberaba-MG, na perspectiva dos médicos e enfermeiros e, também, analisar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos essenciais e derivados.

Os resultados evidenciaram que, em relação às características sociodemográficas e profissionais, a maioria dos participantes era do sexo feminino; com idade média 39,08 anos; tempo de formação em média de 12,11 anos; grande parte possuía especialização e/ou residência, com média de tempo de atuação nas US de 3,3 anos. A maioria dos profissionais referiu não ter recebido treinamento introdutório, mas, 88% afirmaram ter participado de capacitações em serviços, cursos ou eventos no último ano. Nas US, os profissionais eram, também, em maior proporção, vinculados à ESF, com a carga horária semanal maior e com grande número de consultas médicas e de enfermagem.

Quanto aos escores obtidos em cada atributo, verificou-se que, com exceção dos atributos Orientação familiar e Longitudinalidade, a maioria apresentou avaliações baixas quanto ao escore da qualidade, sendo que o atributo Acesso de primeiro contato – acessibilidade foi o que obteve a menor média.

Os escores essencial e geral também apresentaram médias abaixo do ponto de corte, sugerindo fraca orientação das US para a APS e, conseqüentemente, baixa qualidade desse nível de atenção.

Na análise da influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos, o baixo escore da qualidade da APS esteve relacionado à lotação profissional e profissão, com piores médias para profissionais da rede e para enfermeiros.

O desfecho encontrado destoa-se das demais pesquisas, pois a maioria dos escores obtiveram médias baixas com os escores essencial e geral abaixo do ponto de corte.

Os resultados obtidos são imprescindíveis ao acúmulo de evidências na literatura, como também podem auxiliar as US juntamente com seus órgãos de administração a criar alternativas para aperfeiçoar a presença e a extensão dos atributos da APS.

Tendo em vista os resultados desse estudo, sugerimos que sejam criados horários diferenciados para o atendimento nas US, facilitando o acesso daqueles que não podem comparecer em horário comercial. Também recomendamos que os processos de trabalho dos profissionais da rede sejam repensados, no que diz respeito ao grande número de atendimentos por demandas espontâneas e para além da área adscrita, presença de profissionais com carga horária de trabalho semanal menor que aqueles vinculados a ESF e a não obrigatoriedade de realização de visitas domiciliares, grupos comunitários, educação em saúde, o que dificulta o vínculo desses profissionais com a população atendida.

Outro entrave relatado por alguns profissionais esteve relacionado às falhas no sistema de informação e, portanto, sugerimos que todos os profissionais tenham acesso ao prontuário eletrônico e que o mesmo seja universal e integrado com os demais níveis de complexidade, facilitando a referência e contrarreferência dos pacientes. Além disso, é preciso reforçar a importância do bom preenchimento do prontuário, com informações úteis para a continuidade do cuidado.

No que diz respeito ao papel do enfermeiro na APS, acredita-se que diminuir a burocratização dos processos e envolvê-lo mais em atividades de assistência direta aos pacientes resultará na maior aproximação desse profissional com a população. E em relação ao vínculo das US com as identidades comunitárias, acreditamos que envolver líderes religiosos, comunitários e presidente do bairro ajudará no fortalecimento do vínculo da US com a população, compreendendo melhor as identidades culturais que permeiam entre os indivíduos, facilitando a criação de estratégias para a melhora da assistência à saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão sobre a importância da expansão da ESF como modelo hegemônico para o atendimento integral e de qualidade da saúde e, principalmente, sobre o papel do enfermeiro na APS e o acúmulo de funções que podem prejudicar a assistência direta ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na estratégia saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353–364, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- ALIAGA, M.; GUNDERSON, B. **Interactive statistics**. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- ARAÚJO, R. L. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.
- BANDEIRA, D. et al. **Avaliação da APS: uma análise da coordenação da atenção nos municípios do interior do RS**. 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7467/BANDEIRA%2c%20%20DANIELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 out. 2017.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802–810, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400020)>. Acesso em: 10 out. 2017.
- BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 87-93, dez. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042/588>>. Acesso em: 3 out. 2018.
- BÍBLIA. Lucas. **Bíblia Sagrada**. 98. cd. São Paulo: Ave Maria, J 995. Lucas 11, vers. 9-10.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1998. p.47. Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela saúde, 4). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool: Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_atencao\\_primaria.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**: apostila completa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 81p. Disponível em: <[ecor-redenutri.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=125](http://ecor-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=125)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da**

**atenção básica:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família- AMAQ - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 66 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq\\_nasf.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 464 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 03 ago. 2018.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015)>. Acesso em: 10 out. 2017.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294–303, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/139094/000905554.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CHUEIRI, P. S. **Proposta de instrumento de avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das RAS pelas APS no Brasil.** 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <[http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87293?locale-attribute=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87293?locale-attribute=pt_BR)>. Acesso em: 04 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, 3). Disponível em: <[http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 263-272.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr-jun. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530/552>>. Acesso em: 3 out. 2018.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 7-18, jul-set. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036)>. Acesso em: 10 out. 2017.

DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. D. A. Reforma em saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, 1964. [Informe n. 93]. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D' A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 43-67. Disponível em: <[http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros\\_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf](http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

FERRARI, R. A. P. et al. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, jul-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558/2872>>. Acesso em: 3 out. 2018.

FIGUEIREDO, A. M. **Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.** 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000785447&loc=2011&l=17f62592879de47f>>. Acesso em: 04 out. 2017.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-58.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, dez. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 10 out. 2017.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde.

**Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan-mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Revista de Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 122-141, jan./mar. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282014000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100008)>. Acesso em: 10 out. 2017.

GEZONDHEIDSRAAD. **European primary care.** The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004. Disponível em:

<[https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European\\_primary\\_care\\_final.pdf](https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European_primary_care_final.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Disponível em:

<[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

HARZHEIM, E. et al. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-40, 2004. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Larissa/Downloads/20140521091510v18n1\\_05\\_efetividadeatrib%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Larissa/Downloads/20140521091510v18n1_05_efetividadeatrib%20(2).pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1649-1659,

ago. 2006a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, p. 1-7, dez. 2006b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/pdf/1472-6963-6-156.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool Brasil adultos. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274–284, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>. Acesso em: 10 out. 2017.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244–255, nov. 2013. Disponível em: <<https://rbmfcm.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/821/584>>. Acesso em: 10 out. 2017.

IBGE. **Assistência médica sanitária, 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba|infograficos:-estabelecimentos-de-saude-e-morbidade-hospitalar-servicos-de-saude>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

JANNUZZI, P. M. Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, Brasília, v. 1, n. 5, p. 4-27, 2013. Disponível em: <[https://issuu.com/sagi\\_mds/docs/\\_rbma05](https://issuu.com/sagi_mds/docs/_rbma05)>. Acesso em: 10 out. 2017.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio-ago. 2014. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/994310/art.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 65, 2010. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-65?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>>. Acesso em: 10 out. 2017.

KUSCHNIR, R. C. et al. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências da Administração; Brasília: CAPES, 2010. 180 p. Disponível em: <[http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F177991%2Fmod\\_resource%2Fcontent%2F1%2F13.%20Gest%C3%A3o%20dos%20Sistemas%20e%20Servicos](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F177991%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2F13.%20Gest%C3%A3o%20dos%20Sistemas%20e%20Servicos)>

[%20de%20Saude%20GS%20Miolo%20Online%20ed%20Nacional.pdf](#)>. Acesso em: 10 out. 2017.

LIMA, E. F. A. et al. Evaluation of the family healthcare strategy from the perspective of health professionals. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200275](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200275)>. Acesso em: 10 out. 2017.

MACINKO, J. et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831–865, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MACINKO, J.; HARZHEIM, E. Instrumento de avaliação da atenção primária: sua utilização no Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 14, p. 4-7, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152672/000679880.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p.14-29, out. 2014. Disponível em: <<https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/04/magalhaes-jr-h-pinto-h-ab-coordenadora-do-cuidado-divulgacao-sd-51-2014.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MALOUIN, R. A. et al. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Managed Care**, v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009. Disponível em: <[http://www.managedcaremag.com/sites/default/files/imported/0906/0906.peer\\_medicalhome.pdf](http://www.managedcaremag.com/sites/default/files/imported/0906/0906.peer_medicalhome.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2017.

MARINHO, L. M. et al. Atributos da atenção primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista norte mineira de enfermagem**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 4-18. 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/90/130>>. Acesso em: 3 out. 2018.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre unidades de saúde com e sem estratégia saúde da família por meio do PCATool. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan-dez. 2016. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1252/823>>. Acesso em: 3 out. 2018.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde**. [S.l.: s.n], 2009. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao Primaria a Saude - \\_recortado.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao Primaria a Saude - _recortado.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão

Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, jan-fev. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692011000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692011000100017&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15 out. 2018.

MAYER, B. L. D. et al. Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 19–28, jan-jul. 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/9209/pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 2.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965)>. Acesso em: 10 out. 2017.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília,

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 196 p. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Sistema integrado de defesa social. Centro integrado de informações de defesa social. **Monitoramento acidentes de trânsito Minas Gerais**. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2015. 19 p. Disponível em:

<[http://www.seguranca.mg.gov.br/images/seds\\_docs/estatisticas/Estatisticas\\_transito/TRANSITO2014.pdf](http://www.seguranca.mg.gov.br/images/seds_docs/estatisticas/Estatisticas_transito/TRANSITO2014.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema único de saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, jul. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.

**Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795–806, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015)>. Acesso em: 10 out. 2017.

NOGUEIRA, A. P. F. et al. A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. **Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5110-5115, dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23522/25356>>. Acesso em: 3 out. 2018.

NORMAN, A. H; NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 225-226, out-dez. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/838/591>>. Acesso em: 3 out. 2018.

OLIVEIRA, M. M. C et al. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12649/000631287.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, p.158-164, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista brasileira de educação médica**, [S.l.], v. 40, n. 4, p. 547-559, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Alma Ata**. Kazajstán: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Redes e Regionalização em Saúde no Brasil e na Itália**: lições aprendidas e contribuições para o debate. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, 2011. 126 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/pdf/redes-brasil-italia.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 143-182. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**, p. 11-31, may, 2011. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf). Acesso em: 10 out. 2017.

PAULA, W. K. A. S. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 335–345, abr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200335](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335). Acesso em: 10 out. 2017.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971–989, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10180.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

PENSO, J. M. et al. Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, jan-dez. 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1212/845>. Acesso em: 3 out. 2018.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RAMOS, N. F. S. **O nutricionista da atenção básica à saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional**. 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10120/1/2011\\_NataschaFacanhaSilvaRamos.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10120/1/2011_NataschaFacanhaSilvaRamos.pdf). Acesso em: 04 out. 2017.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. The process of nursing work in collective health and interdisciplinary studies. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014). Acesso em: 10 out. 2017.

SANTOS, N. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de atenção primária à saúde**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 339-348, jul-set. 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2972/1115>. Acesso em: 3 out. 2018.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65–82, 2009. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Avaliacao%20de%20Qualidade%20em%20Saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

SHI, L. et al. Validating the adult primary care assessment tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em:

<<https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SHORTELL, S. M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Hospital & Health Services Administration**, v.38, p. 447-466, 1993.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, [S.n], p. 126-132, jul. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

SILVA, S. A da. et al. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 979-987, set-out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2017.

TESSER, C. D; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na estratégia saúde da família. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

TOMIMATSU, M. F. A. I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no sistema de informações hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/250.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

TURCI, M. A. et al. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2018.

UBERABA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014/2017**. Uberaba, 2014. Disponível em: <[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

UBERABA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Tabela com a configuração dos serviços de atenção básica**. Uberaba, 2018. [Documento não publicado]

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18,

n. 6, p. 1561-1569, nov-dez., 2002. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM). Ministério da Educação. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Biblioteca Central. **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. UFTM: Uberaba, 2013. 110 p. Disponível em:  
<[http://www2.uftm.edu.br/ppged/images/Manual\\_ABNT\\_VERS%C3%83O\\_2013\\_FIN\\_AL\\_17.01.14.pdf](http://www2.uftm.edu.br/ppged/images/Manual_ABNT_VERS%C3%83O_2013_FIN_AL_17.01.14.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 127 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012. Disponível em:  
<<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/L%C3%ADvia%20Mariana%20Mello%20Viana.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Séries Saúde no Brasil**, Pelotas, v. 6, n. 6, p.90-102, maio 2011. Disponível em:  
<[http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde\\_Celia%20Almeida\\_2011.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 188 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19122008-162123/pt-br.php>>. Acesso em: 04 out. 2017.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776 - E-mail:  
[cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## **APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido**

(Para profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde (US) de Uberaba)

**TÍTULO DO PROJETO:** Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros.

**JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:** Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros”, por ser profissional médico ou enfermeiro atuante nas US (UBS, USF, UMS) do município de Uberaba, MG. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Nessa perspectiva, a justificativa deste estudo está relacionada à necessidade de avaliar a qualidade e monitorar o grau de orientação à Atenção Primária à Saúde (APS) das US de Uberaba-MG na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros que são aqueles que possuem a visão global do funcionamento das unidades e conhecem as realidades do serviço, assim como as dificuldades vivenciadas no território. Os objetivos deste estudo são: Caracterizar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das US do município de Uberaba-MG, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais; Descrever os escores obtidos em cada atributo, o escore essencial e escore geral de cada US do município de Uberaba; Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos essenciais e derivados da APS, na perspectiva dos médicos e enfermeiros das US do município de Uberaba-MG.

**PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:** Caso você participe, será necessário responder a dois questionários: a) sociodemográfico e profissional b) PCATool, o qual avalia a qualidade da APS, a partir da análise da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados. Estima-se que todo o processo de coleta dos dados deverá ter duração de 40 minutos. Os questionários poderão ser

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776 - E-mail:  
[cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

respondidos imediatamente após seu consentimento em participar, ou poderemos agendar para que você possa respondê-los. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer risco à sua vida. O único risco previsível nesse estudo é o risco de perda de confidencialidade, que consiste na identificação do participante ou de algum dado fornecido por este, mas para minimizar esse risco, comprometemo-nos a utilizarmos códigos para o manuseio dos dados, garantindo assim que em nenhuma etapa da pesquisa seu nome será utilizado, minimizando assim qualquer possibilidade de identificação de sua pessoa. Para a realização das coletas, as pesquisadoras se comprometem a garantir a sua privacidade, coletando os dados individualmente, em local reservado na própria US e a manter em sigilo as informações colhidas, por meio da identificação em forma de número dos questionários. Finalmente, os dados coletados da pesquisa ficarão sob tutela das pesquisadoras durante cinco anos e posteriormente serão descartados.

**BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:** Acredita-se que o benefício direto por sua participação na pesquisa será a conscientização a respeito da sua prática profissional, ao estimulá-lo a refletir sobre seus processos de trabalho. Indiretamente, vislumbra-se que os resultados compartilhados junto a Secretaria Municipal de Saúde possa favorecê-los no aprimoramento dos processos e melhoramento das condições do trabalho.

**BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:**

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem prejuízo ético-moral e sem causar constrangimento junto as pesquisadoras. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas tem a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Não há nenhum risco de exposição de sua realidade profissional pessoal, visto que seu nome não será exposto em nenhum momento do estudo, Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776 - E-mail:  
[cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

assim como os resultados obtidos que virão a ser compartilhados com a Secretária Municipal de Saúde não possuirão discriminação de função, ou identificação nominal.

### **Contato das pesquisadoras:**

#### **Pesquisadoras:**

**Nome:** Ana Lúcia de Assis Simões

**E-mail:** [ana.assis@reitoria.uftm.edu.br](mailto:ana.assis@reitoria.uftm.edu.br)

**Telefone:** (34) 3700-6001

**Endereço:** Rua Frei Paulino, 30, Bairro Nossa Senhora da Abadia.

**Nome:** Larissa Peres

**E-mail:** [larissaperes94@gmail.com](mailto:larissaperes94@gmail.com);

**Telefone:** (34)992196031/ (34) 3700-6607;

**Endereço:** Rua Frei Paulino, 30, Bairro Nossa Senhora da Abadia.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
 Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
 CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776 - E-mail:  
[cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros:

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador assistente

### Telefone de contato dos pesquisadores:

Larissa Peres: (34) 3700-6607;

Ana Lúcia de Assis Simões: (34) 3700-6607.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

**APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e profissional**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE</b>	Identificação _____
<b>QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS</b>	
<b>INFORMAÇÕES PARA CONTROLE DA COLETA DE DADOS</b>	
<b>A1</b> Data da aplicação do questionário: ___/___/___ <b>A.2</b> Distrito Sanitário: _____ <b>A.3</b> Tipo de US: <input type="checkbox"/> 1-UBS <input type="checkbox"/> 2-USF <input type="checkbox"/> 3-UMS <b>A.4</b> Unidade de saúde localizada: <input type="checkbox"/> 1- Zona Urbana <input type="checkbox"/> 2- Zona Rural <b>A.5</b> Profissional entrevistado lotado(a): <input type="checkbox"/> 1- ESF <input type="checkbox"/> 2- Rede	
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
<b>A.6</b> Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Feminino <input type="checkbox"/> 2- Masculino <b>A.7</b> Idade: _____ anos completos	
<b>DADOS PROFISSIONAIS</b>	
<b>A.8</b> Qual a sua profissão? <input type="checkbox"/> 1-Médico(a) <input type="checkbox"/> 2-Enfermeiro(a) <b>A.9</b> Ano de formação acadêmica: _____ <b>A.10</b> Possui especialização? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <b>A.11.</b> Qual especialização você possui? ( <i>perguntar caso o profissional responda "sim" na pergunta anterior</i> ) <input type="checkbox"/> 1- Residência ou prova de título em medicina da família <input type="checkbox"/> 2 - Residência ou prova de título em Clínica Médica <input type="checkbox"/> 3- Residência ou prova de título em Pediatria <input type="checkbox"/> 4- Residência ou prova de título em Ginecologia-obstetrícia <input type="checkbox"/> 5- Residência em medicina social <input type="checkbox"/> 6- Residência multiprofissional <input type="checkbox"/> 7- Especialização em saúde pública <input type="checkbox"/> 8- Especialização em saúde da família <input type="checkbox"/> 9- Especialização ou residência em enfermagem comunitária <input type="checkbox"/> 10 - Outras especializações direcionadas à APS <input type="checkbox"/> 11- Outras especializações não direcionadas à APS <input type="checkbox"/> 12- Mestrado <input type="checkbox"/> 13- Doutorado  <b>A.12</b> Há quanto tempo você atua nesta unidade? _____ anos/meses <b>A.13</b> Você já trabalhou na APS segundo o modelo de ESF? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <b>A.14</b> Qual é a sua carga horária de trabalho semanal nesta unidade? <input type="checkbox"/> 1- 40hs <input type="checkbox"/> 2- 30hs <input type="checkbox"/> 3- 20hs <b>A.15</b> Qual é o número médio de consultas/semana que você atende? _____ (Favor estimar) <b>A.16</b> Você recebeu treinamento da prefeitura para atuar nesta unidade? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <b>A.17</b> Você acredita que o treinamento dado pela prefeitura contribuiu para o seu aperfeiçoamento profissional ( <i>perguntar caso o entrevistado declarar que recebeu treinamento</i> )? <input type="checkbox"/> 1- Extremamente <input type="checkbox"/> 2- Muito <input type="checkbox"/> 3- Pouco <input type="checkbox"/> 4- Neutro <input type="checkbox"/> 5- Nada <b>A.18</b> Você participou de alguma capacitação em serviço, cursos ou eventos nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <b>A.19</b> Você acredita que a capacitação em serviço, cursos ou eventos que participou contribuiu para o seu aperfeiçoamento profissional ( <i>perguntar caso o entrevistado tenha participado</i> )? <input type="checkbox"/> 1- Extremamente <input type="checkbox"/> 2-Muito <input type="checkbox"/> 3- Pouco <input type="checkbox"/> 4- Neutro <input type="checkbox"/> 5-Nada	

## **APÊNDICE C – Orientações para a realização das entrevistas**

As orientações que se seguem foram extraídas e adaptadas do Manual do instrumento de avaliação da APS: PCATool– Brasil, versão para profissionais (BRASIL, 2010).

### **1. Entrevistadores**

A aplicação dos questionários deverá ser realizada por entrevistadores devidamente treinados e familiarizados com os itens e termos frequentemente utilizados no SUS.

### **2. Preparação prévia**

Os entrevistadores deverão estar em posse de todo o material necessário para a realização das entrevistas:

- Identificação acadêmica (crachá);
- Documento de identificação com foto;
- Lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- Questionário sociodemográfico e de trabalho e o instrumento PCATool, versão profissionais;
- Orientações para a realização das entrevistas;
- Cartão resposta (APÊNDICE D).

### **3. Apresentação do entrevistador**

Os entrevistadores deverão se apresentar, informando o nome, mostrando a identificação e o motivo da visita que será: realizar uma entrevista com os profissionais médicos e enfermeiros, a fim de avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS nas US do município de Uberaba.

É necessário que os entrevistadores digam aos entrevistados que eles possuem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, sejam elas negativas ou positivas. Além disso, é interessante que seja reforçada a relevância do estudo e a importância da participação do profissional.

É conveniente que os entrevistadores digam aos possíveis entrevistados que a entrevista terá duração de 30 minutos, se o profissional recusar a participar do

estudo, os entrevistadores deverão insistir com educação e salientar a importância da pesquisa. É importante ressaltar que os pesquisadores estarão disponíveis a retornar nas unidades por três vezes, caso o profissional aceite em participar do estudo, porém em uma nova data e horário.

#### 4. Preenchimento do questionário PCATool, versão profissionais

- Tente sempre chamar o entrevistado pelo nome;
- Seja simpático, uma vez que o instrumento é longo e seu preenchimento dependerá da sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para avaliar os serviços ofertados pela APS do município de Uberaba;
- Use sempre a expressão S.r. ou Sra.;
- O instrumento traz a maioria das informações necessárias para a sua aplicação, portanto quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a sua aplicação;
- Formule os itens exatamente como estão descritos. Fale sempre devagar. Caso o entrevistado não entenda, repita devagar o item. Use os parênteses para explicar o sentido do item. Não induza as respostas;
- Sempre mostre o cartão resposta. Quando indicado, leia as alternativas;
- Em algumas partes do instrumento, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenos itens. Lembre-se de repeti-los a cada três ou quatro itens, principalmente se o entrevistado estiver com dificuldades para entendê-los;
- Nunca demonstre censura, aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é de obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar a conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter

neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;

- Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se o entrevistado não souber, marque o valo inferior;
- Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
- Se a resposta do entrevistado for “sim”, e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “com certeza sim” e “provavelmente sim”, leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra “não sei/não lembro”. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas “provavelmente não” ou “com certeza não”, e a opção “não sei/não lembro”;
- Se o entrevistado não entender o termo “provavelmente”, leia as respostas “provavelmente sim” como “acho que sim” e “provavelmente não” como “acho que não”;
- As informações entre parênteses no instrumento servem de orientação ao entrevistador, ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item. Somente devem ser lidas para o entrevistado caso haja dificuldade de compreensão;
- Ao terminar o instrumento, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;
- Nunca deixa uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;

##### 5. Instruções para elucidação de alguns itens do PCATool, versão profissionais

Para todos os itens deve ser utilizado o cartão resposta. No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no cartão, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas.

#### **A - Acesso de primeiro contato - acessibilidade**

**A5** - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

*Este item busca definir se o serviço de saúde que o entrevistado trabalha possui um meio de comunicação para os pacientes quando o serviço está fechado, não incluindo outros locais que o paciente possa acessar.*

**A6** - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

*Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.*

**A7** - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

*Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.*

**A9** - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

*Informações dadas na recepção ou um primeiro contato com a secretária ou técnica de enfermagem não contam como atendimento; o item refere-se apenas a consulta prestada pelo médico/enfermeiro do serviço identificado como prestador de cuidados primários.*

#### **B - Longitudinalidade**

**B1** - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

*Se é sempre o mesmo profissional de saúde que atende o entrevistado.*

**B7** - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

*É de difícil compreensão para a maioria dos entrevistados. Convém lembrar que as respostas não devem ser induzidas por interpretações do entrevistador acerca do significado do item, pois é necessário que todas as pessoas recebam a pergunta da mesma forma. Desse modo, caso o entrevistado não entenda, repetir o item tal como ele é e dizer para o entrevistado responder de acordo com o que ele entendeu.*

**B13** - Você sabe sobre todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

*O profissional conhece o paciente de maneira integral, conhecendo todos os remédios que o paciente está em uso, mesmo os não prescritos por ele próprio.*

### **C** - Coordenação - Integração de cuidados

**C2** - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

*O item refere-se a consulta a um especialista diferente do médico referido como principal prestador de serviço, evidenciando a característica do serviço como porta de entrada para o paciente.*

**C3** - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

*O entrevistado discute com seus pacientes sobre os serviços que o paciente poderia ser encaminhado.*

**C4** - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

*O paciente recebe auxílio do serviço do entrevistado para agendar consultas com especialistas.*

**C5** - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?

*O entrevistado fornece informação de referência para o profissional especialista sobre o motivo do encaminhamento.*

**C6** - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

*O especialista fornece informação de contrarreferência sobre o resultado da consulta.*

**C7** - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você conversa com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

*O entrevistado explica para o paciente os resultados da consulta com o especialista.*

#### **E** - Integralidade - Serviços disponíveis

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o paciente no local onde o entrevistado lhe provê a atenção primária.

Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que souber que é oferecido, mesmo que ele próprio ainda não tenha prestado o procedimento. A mesma orientação se aplica, por exemplo, caso o entrevistado seja enfermeiro e não realiza “cirurgias ambulatoriais”, mas sabe que tal atendimento é prestado por algum profissional da equipe.

O enunciado deve ser repetido a cada três ou quatro itens, salientando se o serviço está disponível.

**Entrevistador pergunta:** Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

**E19** - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex: em estado de coma).

*Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.*

**E20** - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

*Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.*

### **F** - Integralidade - Serviços prestados

Os itens desse componente visam identificar se esses assuntos são abordados pelo profissional entrevistado em suas consultas. Por isso, é importante repetir o enunciado a cada três ou quatro itens, enfatizando se o assunto foi abordado em consultas.

Os itens F1-F18 devem ser respondidos por profissionais que atendem pacientes de todas as idades. Se o entrevistado atende apenas crianças, ele não deve responder as perguntas F4 a F13. Se o entrevistado atende apenas adultos, ele não deve responder as perguntas F14 a F18.

### **Entrevistador, repita antes de F14 e F15:**

Os seguintes assuntos são discutidos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

### **G** - Orientação familiar

**G1** - Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

*O entrevistado busca incluir os pacientes nas decisões de seu tratamento ou de seus familiares.*

**G2** - Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

*São abordadas em consulta doenças que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética.*

**G3** - Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?

*Haveria a possibilidade de se reunir com os familiares dos pacientes para discutir algum assunto importante.*

#### **H** - Orientação comunitária

**H2** - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

*O entrevistado ou alguém do serviço conhece os problemas do território em que seus pacientes vivem.*

**H3** - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

*O entrevistado ou alguém do serviço ouve opiniões e ideias da comunidade adscrita visando melhorar seus serviços.*

**APÊNDICE D – Cartão resposta**

Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
---------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

## ANEXO A – Autorização da instituição



Sistema  
Único de  
Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Departamento de Gestão de Pessoal  
Seção de Educação em Saúde



PREFEITURA DE  
UBERABA

INFORMAÇÃO Nº 018/2017

Uberaba, 25 de outubro de 2017.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

**Instituição de ensino:** UFTM

**Curso:** Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde.

**Título:** “Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de médicos e enfermeiros”.

**Local de realização:** Será realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde da rede SUS municipal.

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da APS, a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados e analisar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os atributos.

**Justificativa:** Consideramos que o resultado deste estudo poderá subsidiar melhorias baseadas em evidências, e contribuir na implantação de novas estratégias de fortalecimento da APS. O presente estudo se justifica pela possibilidade de profissionais avaliarem a qualidade e o grau de orientação à APS já que são os que mais conhecem as realidades e dificuldades do serviço.

**Metodologia:** A coleta de dados ocorrerá nos três primeiros meses do total de 12 meses da pesquisa e será realizada por meio da aplicação do questionário sociodemográfico e profissional e o instrumento Primary Care Assesment Tool (PCATool). Os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Comitê de Ética em Pesquisa:** A ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisadora deverá trazer a essa Seção de Educação em Saúde o parecer de aprovação do CEP para iniciar a pesquisa e, após a conclusão da mesma, trazer uma cópia e apresentar os resultados como forma de socialização do conhecimento e fortalecimento das práticas cotidianas do trabalho em saúde no SUS.

*Viviane M. Bartonelli*

Viviane Miranda Bartonelli  
Seção de Educação em Saúde  
Matrícula 19411-0

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Deferido  
 Indeferido

*Iraci José de Souza Neto*  
Iraci José de Souza Neto  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 008/2017

Ciente do solicitante: Ana Lúcia de Assis Simões  
Ana Lúcia de Assis Simões – CPF 755.154.406-25  
Data: 24 / 10 / 2017.

## ANEXO B – PCATool Brasil- profissionais de saúde

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
<b>A1.</b> Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A2.</b> Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A3.</b> Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A4.</b> Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A5.</b> Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A6.</b> Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A7.</b> Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

##### A – Acesso de Primeiro Contato – ACESSIBILIDADE

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**A8.** É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?

4 3 2 1 9 

**A9.** Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

4 3 2 1 9



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### B – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>B1.</b> No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B2.</b> Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B3.</b> Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B4.</b> Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B5.</b> Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B6.</b> Você acha que os seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B7.</b> Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B8.</b> Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B9.</b> Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>B10.</b> Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B11.</b> Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B12.</b> Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>B13.</b> Você sabe sobre todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>C1.</b> O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C2.</b> Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C3.</b> Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C4.</b> Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C5.</b> Quando os seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C6.</b> Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C7.</b> Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você conversa com o seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para a próxima pergunta use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>D1.</b> Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D2.</b> Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D3.</b> O prontuário do paciente está sempre disponível quando você o atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?</b>					
<b>D4.</b> Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D5.</b> "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D6.</b> Auditorias periódicas dos prontuários médicos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D7.</b> Listas de problemas nos prontuários dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D8.</b> Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D9.</b> Outro(s). Especifique: _____					



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
E1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4. Avaliação da saúde bucal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>E10.</b> Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E11.</b> Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E12.</b> Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E13.</b> Colocação de tala (para tornozelo torcido)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E14.</b> Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E15.</b> Exame preventivo para câncer de colo do útero (Teste Papanicolau)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E16.</b> Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E17.</b> Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E18.</b> Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E19.</b> Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex: em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E20.</b> Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>E21.</b> Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente (curativos, troca de sondas, banho na cama)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E22.</b> Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
- somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- somente adultos

Conforme a resposta acima oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende **todas as idades**, por favor, responda todas as perguntas desta seção (**F1 a F18**).

Se você atende **apenas crianças**, por favor, não responda as perguntas **F4 a F13**.

Se você atende **apenas adultos**, por favor, não responda as perguntas **F14 a F18**.

Os itens F1 a F3 se aplicam a todas faixas etárias.

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>F1.</b> Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F2.</b> Segurança no lar (como guardar medicamentos com segurança)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F3.</b> Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?**

<b>F4.</b> Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F5.</b> Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>F6.</b> Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F7.</b> Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F8.</b> Possíveis exposições a substâncias perigosas (veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F9.</b> Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F10.</b> Como prevenir queimaduras (causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F11.</b> Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F12.</b> Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F13.</b> Cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?</b>					
<b>F14.</b> Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F15.</b> Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F16.</b> Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**F17.** Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas

4 3 2 1 9 

**F18.** Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir

4 3 2 1 9



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" com a sua família.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>G1.</b> Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G2.</b> Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G3.</b> Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?

<b>G4.</b> Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G5.</b> Discussão sobre fatores de risco familiares (ex: genéticos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>G6.</b> Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G7.</b> Discussão sobre fatores de risco sociais (ex: perda de emprego)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G8.</b> Discussão sobre condições de vida (ex: refrigerador em condições de funcionamento)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G9.</b> Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G10.</b> Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G11.</b> Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G12.</b> Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G13.</b> Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G14.</b> Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Profissionais de saúde

#### H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>H1.</b> Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H2.</b> Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H3.</b> Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H4.</b> Seu serviço de saúde pode adaptar serviços ou programas de saúde em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
<b>H5.</b> Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H6.</b> Dados de doenças de notificação compulsória (ex., DSTs, TB)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H7.</b> Taxas de imunização da comunidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H8.</b> Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>H9.</b> Informações clínicas do próprio serviço (nº de gestantes, nº de pacientes hipertensos, nº de pacientes c/ TB)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H10.</b> Outro. Especifique: _____					
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
<b>H11.</b> Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H12.</b> Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H13.</b> "Feedback" (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H14.</b> "Feedback" (retorno das informações) da equipe de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H15.</b> Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H16.</b> Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H17.</b> Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H18.</b> Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H19.</b> Outro. Especifique: _____					

**Seu serviço de saúde utiliza alguma das seguintes atividades para alcançar as populações da comunidade que atende?**

**H20.** Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos

4 3 2 1 9 

**H21.** Vínculos com serviços/organizações religiosas

4 3 2 1 9 

**H22.** Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários

4 3 2 1 9 

**H23.** Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde

4 3 2 1 9 

**H24.** Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de Médicos e Enfermeiros

**Pesquisador:** Ana Lúcia de Assis Simões

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80264917.4.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.542.373

#### Apresentação do Projeto:

Segundo as pesquisadoras:

**TEMA EM ESTUDO:** A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção à saúde, configurando, portanto, o contato inicial da população com os serviços. Sustenta-se no princípio da integralidade e corresponde ao atendimento integral, de forma a resolver as necessidades em saúde dos usuários, ofertando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (ALENCAR et al., 2014).

A APS foi fortalecida após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata no ano de 1978, e passou a ser entendida como uma das maneiras mais eficientes e equânimes para a organização do sistema de saúde (PAULA et al., 2016). No Brasil, a consolidação da APS ocorreu após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se o eixo estruturante da saúde dos municípios e apresentando-se de diversas formas e concepções, conforme a diversidade cultural, ambiental e territorial do país (CHOMATAS et al., 2013).

Esse nível de atenção é compreendido como uma estratégia primordial para a organização do SUS e, portanto, implica considerá-la elemento estruturante e fundamental para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendidas como o conjunto de instituições e serviços de saúde vinculadas por meio de uma mesma missão, objetivos, com ações cooperativas e interdependentes oferecidas no lugar, tempo e custos adequados, garantindo a qualidade, a segurança, a humanização e equidade do serviço, através de um ciclo de atendimento

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadía

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@uftm.edu.br